COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX00078573

TRC 601 K852

Columbia University
in the City of New York

College of Physicians and Surgeons

Reference Library

Given by

Dr. Frederick Tilney.

COLUMBIA UNIV
THE
LIBRARIES
OF THE CITY OF NEW YORK
HEALTH
SCIENCES
LIBRARY

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/traitcliniqued00kraf

TRAITÉ CLINIQUE

DE

PSYCHIATRIE

PAR

Le Dr R. von KRAFFT-EBING

CONSEILLER DE COUR
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROPATHOLOGIE
A L'UNIVERSITÉ DE VIENNE

Traduit sur la cinquième édition allemande

PAR

Le Dr Émile LAURENT

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
21, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 21

1897

F. W. Mosher M.D.

TRAITÉ CLINIQUE

DE

PSYCHIATRIE

TRAITÉ CLINIQUE

DE

PSYCHIATRIE

PAR

Le Dr R. von KRAFFT-EBING

CONSEILLER DE COUR
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROPATHOLOGIE
A L'UNIVERSITÉ DE VIENNE

Traduit sur la cinquième édition allemande

PAR

Le Dr Émile LAURENT

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
21, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 21

1897

PRÉFACE

Dans cette nouvelle édition, comme dans les précédentes, l'auteur de ce traité s'est proposé d'écrire sur ce terrain difficile des études et des sciences psychiatriques, un guide utile aussi bien pour l'étudiant que pour le médecin praticien. En vue d'arriver à ce résultat, voici les principes fondamentaux dont nous nous sommes inspiré : employer un langage clair et intelligible ; éviter autant que possible les discussions théoriques et les hypothèses ; noter surtout ce que la psychiatrie possède comme faits acquis d'une façon à peu près certaine ou moins assurée ; les classer dans un tableau systématique succinct.

La spécialisation de cette branche des sciences ainsi que son développement incomplet sont peut-être cause que tous les traités de psychiatrie sont plus ou moins empreints de la note personnelle de l'auteur. Celui-ci est basé sur des observations recueillies pendant une période de trente ans au lit des malades et la description des maladies est telle que l'expérience les a montrées. Les coïncidences multiples avec les faits observés par d'autres spécialistes sont une garantie qu'en général l'auteur a observé avec justesse et que dans la diversité troublante des phénomènes, que nous montre la clinique « des maladies de la personnalité », il y a pourtant une loi géné-

rale et que des types de maladies peuvent clairement et empiriquement s'en dégager.

Autant que possible, on a tenu compte de toutes les nouvelles découvertes de la science psychiatrique qui se sont produites depuis la dernière édition de ce livre.

Puisse-t-il ainsi, sous cette nouvelle forme, s'acquérir de nombreux amis !

LIVRE PREMIER

INTRODUCTION

A L'ÉTUDE DE LA PSYCHIATRIE

PREMIÈRE PARTIE

LE TERRAIN D'EXPLORATION ET LES SCIENCES AUXILIAIRES

CHAPITRE PREMIER

NATURE ET CARACTÈRE DES MALADIES PSYCHIQUES

La psychiatrie clinique est une science empirique qui fait partie du domaine de la pathologie cérébrale et nerveuse.

L'objet de son étude est d'établir les raisons et les phénomènes qui font dévier les fonctions psychiques de leur état normal ; puis de chercher par quels moyens on pourrait ramener ces fonctions à leur premier état. Ces affections du cerveau où dominent les troubles des fonctions psychiques sont appelées maladies de l'esprit ou psychopathies.

Discuter sur l'essence et la nature de l'âme n'appartient pas à la psychiatrie moderne, science naturelle basée sur l'expérience et les faits. Pour elle le mot âme n'est qu'une désignation générale des fonctions psychiques qui se manifestent pendant la période d'existence des individus. Elle abandonne à la métaphysique et à la théologie la question de savoir quel est l'état de l'âme avant qu'elle se manifeste par ses fonctions et si l'âme continue son existence et de quelle manière quand le corps a cessé de vivre.

Au lieu de choisir le terme de maladies de l'âme pour désigner l'objet des recherches de la psychiatrie, il est préférable d'adopter celui d'aliénation, mot rigoureusement objectif et scientifique qui ne préjuge rien.

Ce procédé scientifique qui envisage l'âme comme un symptôme fonctionnel qui ne dure que pendant l'existence de l'individu, nous amène fatalement à rechercher quel est le siège des fonctions psychiques et quel est l'organe de l'âme.

CHAPITRE II

L'ORGANE DES FONCTIONS PSYCHIQUES.— NOTIONS PRÉLIMINAIRES D'ANATOMIE

Les recherches scientifiques indiquent comme organe des fonctions psychiques l'écorce du cerveau sans préjuger des autres parties du système nerveux central et des nerfs périphériques, voies conductrices et mécanismes secondaires dans la production et la marche des faits psychiques.

En désignant l'écorce du cerveau comme le siège de la production des fonctions psychiques dans le sens le plus étroit du mot, la science se fonde sur un grand nombre de faits puisés dans l'anatomie descriptive et microscopique du cerveau humain, dans l'anatomie comparée, dans la pathologie et surtout dans les plus récentes expériences de la physiologie. faits qui prouvent que l'écorce du cerveau est le siège où se produisent les perceptions et où les impulsions motrices volontaires aboutissent.

Cette écorce s'imprègne en même temps des images des souvenirs, comme autant de résidus des sensations précédentes, des perceptions et des mouvements volontaires. Comme tout travail intellectuel provient d'une perception sensorielle qui lui sert de point de départ, le laboratoire de la pensée (perception ou fusion d'une nouvelle impression sensorielle avec l'image des souvenirs d'une impression précédente, mémoire ou reconstitution des images des souvenirs, faculté d'associer les images de souvenirs disparates et d'utiliser cette association) ne peut être que l'écorce du cerveau. L'anatomie comparée nous a déjà appris depuis longtemps que les hémisphères cérébraux sont le lieu de production des fonctions psychiques ; elle a, pour justifier cette affirmation, démontré que le volume des hémisphères cérébraux comparé au volume des ganglions de la base (tubercules quadrijumeaux) augmente au profit des hémisphères à mesure que les fonctions psychiques des diverses espèces se perfectionnent.

Joannes Müller a démontré ce fait à l'aide de l'anatomie comparée.

Ainsi, par exemple, chez la grenouille, les tubercules quadrijumeaux sont la partie la plus volumineuse du cerveau et prévalent de beaucoup sur les hémisphères qui ont à peine leur volume.

Chez la tortue, les hémisphères cérébraux, déjà plus développés, atteignent le volume du cervelet et recouvrent en partie les tubercules quadrijumeaux ; chez le chien, ces derniers sont déjà relativement petits et complètement recouverts par les hémisphères.

Une confirmation très intéressante de ce fait a été fournie par Meynert[1] qui a établi que dans la série animale jusqu'à l'homme, la relation proportionnelle qui existe entre la base et le sommet des pédoncules cérébraux correspond au rapport de développement qui existe entre l'hémisphère et le mésocéphale. Il a constaté qu'à mesure que la grosseur des hémisphères augmente, la base du pédoncule (voie directe du cerveau antérieur et voie conductrice des mouvements volontaires) se développe et que le sommet du pédoncule cérébral (voie directe pour le mésocéphale) diminue de volume en même temps que les tubercules quadrijumeaux et les couches optiques.

Ces faits d'anatomie comparée permettent de conclure que le développement d'une partie du cerveau est directement proportionnel à l'importance physiologique de cette partie dans le rôle spécial qui lui est attribué.

Comme preuve à l'appui de cette thèse on pourrait signaler l'importance des lobules olfactifs chez certains animaux qui se distinguent par l'acuité de leur sens olfactif, surtout si l'on compare ce volume à la petitesse relative des mêmes lobes chez l'homme dans la vie intellectuelle duquel le sens de l'odorat ne joue qu'un rôle secondaire. A remarquer encore le développement relativement très considérable des tubercules quadrijumeaux chez les oiseaux qui se distinguent particulièrement par leur acuité visuelle.

De l'étude comparée des hémisphères cérébraux des mammifères de divers degrés il ressort que le développement considérable de ces hémisphères est particulier au cerveau antérieur et que les circonvolutions cérébrales placées autour de la scissure de Sylvius, circonvolutions que la physiologie et la pathologie ont avec certitude reconnues comme le siège de la faculté du langage, sont tout spécialement développées chez l'homme.

Voilà pourquoi d'excellents expérimentateurs, tels que Meynert et d'autres, désignent le cerveau antérieur comme l'organe essentiel de la fonction psychique (conscience et volonté).

L'importance considérable du cerveau antérieur au point de vue intellectuel est encore prouvée par l'augmentation proportionnelle de son volume à mesure que l'individu ou la race arrivent à un niveau intellectuel plus élevé; elle résulte aussi des pesées de cerveaux faites par Meynert à l'autopsie des aliénés et qui, dans la plupart des cas, ont fait constater une diminution du cerveau antérieur.

La surface du cerveau est flasque, avec des sillons[2]. Si on compare la

[1] Rapport à la séance de l'Académie de Vienne, LX, 2 sept. 1869

[2] Ecker, *Hirnwindungen des Menschen*, 1869. — Huguenin, *Pathologie gén. des maladies du système nerveux*, 1873. — Pansch, *Die Furchen und Wülste am Grosshirn des Menschen*. Berlin, 1878.

surface cérébrale de l'homme avec celle des différents mammifères, on voit que plus le degré de développement psychique de l'espèce est élevé, plus la surface cérébrale est lobée et sillonnée, en même temps que le développement en volume du cerveau antérieur augmente graduellement.

De cette manière on peut établir une série progressive d'organisations cérébrales qui, commençant par les types les plus primitifs, va graduellement jusqu'aux types les plus perfectionnés ; c'est une constatation faite par Gratiolet qui l'a utilisée avec beaucoup de succès.

Les insectivores (rongeurs, chauves-souris, etc.) sont les plus inférieurs des mammifères chez qui l'on trouve les premiers rudiments des circonvolutions cérébrales. Chez ces animaux, toute la segmentation consiste dans la présence de la scissure de Sylvius. Chez le lièvre, le castor, on trouve en outre un sillon longitudinal et parallèle à la scissure de Sylvius.

Chez le renard, le chien, le loup, il y a sur chaque hémisphère trois sillons placés en forme d'arc autour de la scissure de Sylvius, ce qui forme quatre circonvolutions.

Telle est aussi la segmentation cérébrale qu'on trouve d'abord chez le fœtus humain ; ces circonvolutions constituant la base des systèmes de circonvolutions de toutes les classes animales, on les a appelées circonvolutions primordiales. A partir de l'éléphant, en s'élevant vers les espèces supérieures, le cerveau présente un type supérieur dans ce sens qu'il y a un grand sillon qui part de la scissure de Sylvius à l'occiput et s'étend jusque vers la fente de Sylvius; par conséquent ce sillon coupe transversalement toutes les circonvolutions primordiales qui vont du cerveau frontal au cerveau temporal, c'est-à-dire qui sont placées autour de la fente de Sylvius : c'est la scissure de Roland. Elle partage l'écorce cérébrale en deux nouveaux groupes de circonvolutions : la circonvolution centrale antérieure et la circonvolution centrale postérieure. Sur le cerveau des singes des espèces supérieures, on trouve encore deux nouveaux sillons : la scissure occipitale, sillon profond qui part de la scissure longitudinale, traverse la surface cérébrale de dedans au dehors en formant une convexité du côté postérieur, et coupe presque la pointe occipitale de l'hémisphère, enfin le sillon de l'hippocampe, un sillon qui se dirige plus loin, vers la partie postérieure, près de la pointe occipitale.

La segmentation de la surface cérébrale humaine suit le même schème que celle des singes et des fauves d'espèce supérieure; seulement on y trouve encore une série de plis secondaires et chacun d'eux diffère des sillons primaires. De plus les lobes frontaux ont un développement qu'on ne retrouve à aucun des degrés précédents de l'espèce animale.

Ce qui caractérise ces segmentations, c'est qu'elles sont recouvertes d'une couche grise. Plus une surface cérébrale est abondamment plissée et sillonnée, plus ses dimensions sont grandes et plus le cerveau est riche en substance grise.

Il est tout indiqué de supposer que l'accroissement de la substance grise est en corrélation avec l'augmentation de la puissance psychique et que celle-ci marche de pair avec l'augmentation de cette substance.

Cette conclusion qu'imposent les recherches de l'anatomie et de la psychologie comparées est encore confirmée par l'anthropologie et la psychologie humaines, car plus une race est supérieure, plus, chez ses représentants, la surface cérébrale est perfectionnée et riche en circonvolutions. Même chez les individus d'une même race, on note aussi ce rapport entre le volume de l'écorce cérébrale et la puissance intellectuelle ; autrement dit une plus grande capacité intellectuelle va toujours de pair avec une plus grande quantité de circonvolutions secondaires et tertiaires, notamment dans le cerveau antérieur. Ainsi l'embryogénie nous apprend que la différenciation des segmentations et des circonvolutions de la surface cérébrale chez le nouveau-né est très incomplète, qu'elles se développent à mesure que l'intelligence de l'individu progresse et qu'elles ne sont complètement développées que vers l'âge de vingt et un ans.

Enfin on est encore forcé de reconnaître l'importance des circonvolutions cérébrales quand on examine les cerveaux d'idiots très pauvres en circonvolutions; on constate que celles-ci sont restées stationnaires, presque à l'état fœtal, ce qui donne la raison de leur nullité intellectuelle. La structure[1] de l'écorce grise du cerveau est excessivement compliquée. D'après l'évaluation de Meynert, 500 à 800 millions de cellules ganglionnaires sont répandues dans ce stroma de tissu conjonctif très riche en sang. Il est probable que ces millions de cellules sont reliées entre elles.

Dans tous les cas, des territoires, des groupes cellulaires appartenant à la même fonction, en général des portions entières de circonvolutions cérébrales sont en communication les uns avec les autres par des fibres arquées qui vont d'une circonvolution à l'autre (fibræ arcuatæ Arnoldi — fibres d'association de Meynert).

En outre des systèmes de fibres (commissures) qui s'étendent transversalement entre les deux hémisphères et y rayonnent, établissent une communication entre les deux moitiés du cerveau. Il est probable que de chaque cellule ganglionnaire de l'écorce cérébrale part un appendice qui va dans le cylindre-axe d'une fibre nerveuse et en sort.

Ces fibres nerveuses se réunissent en faisceaux que l'on peut suivre en partie sur un cerveau durci.

Ces données d'anatomie macroscopique sur les tractus fibreux sont confirmées par les faits de dégénérescence secondaire dans les maladies localisées, ainsi que par les belles recherches de Flechsig d'après lesquelles les divers tractus fibreux acquièrent leur point de délimitation aux diverses périodes de la vie de l'enfant. Les vivisections faites par Gudden (atrophie des tractus fibreux déterminée par la destruction de certaines parties du cerveau) démontrent aussi la corrélation anatomique de ces tractus avec certaines parties de la surface cérébrale et leur rôle fonctionnel.

[1] Meynert. *Vierteljahrsschrift für Psychiatrie*, 1867, fasc. 1; ensuite *Stricher's Lehre von den Geweben*, p. 703; *Jahrb. für Psychiatrie*, II, fasc. 2 et 4; *Arch. für Psychiatrie* et *Klin. Psychiatrie*.

En raison de la grande somme de travail qu'il a à fournir, le cerveau, et particulièrement l'écorce cérébrale, a besoin d'un afflux de sang facile et abondant en même temps qu'il lui faut des conditions favorables à l'évacuation des produits de la mutation intraorganique.

Les principales voies vasculaires[1] pour l'apport du sang dans le cerveau sont les carotides.

La carotide, après avoir traversé le sinus caverneux, se divise en artère cérébrale antérieure ou du corps calleux pour la surface inférieure et médiane du lobe frontale, et se ramifiant en trois branches : *a*, pour la deuxième et la troisième circonvolution frontale; *b*, pour la circonvolution trabéculaire, le trabécule, la première et la deuxième circonvolution frontale, la partie supérieure de la circonvolution centrale antérieure et le lobe paracentral; *c*, pour le lobe carré — et artère cérébrale médiane ou de la scissure de Sylvius. Cette dernière alimente le reste du lobe frontale en se divisant en quatre branches (d'après la terminologie de Duret ce sont : *a*, la frontale antéro-inférieure pour la troisième circonvolution frontale; *b*, la pariétale antérieure pour la circonvolution centrale antérieure; *c*, la pariétale postérieure pour la circonvolution centrale postérieure; *d*, pour la circonvolution courbe et pour la première circonvolution temporale).

Pour les autres lobes (surface inférieure du cerveau, lobes occipitaux, circonvolutions temporales), le sang est fourni par l'artère cérébrale postérieure ou profonde qui sort de l'artère basilaire et qui est formée de trois branches (*a*, pour la circonvolution courbe; *b*, pour la circonvolution temporale inférieure et pour le lobe fusiforme; *c*, pour le lobe lingual, le lobe triangulaire et pour les lobes occipitaux).

Ces trois artères principales (artères cérébrales antérieure, médiane et postérieure), en partant de leur lieu d'origine, la base, passent d'abord dans l'espace subarachnoïdien, ensuite dans la pie-mère sans former entre elles d'anastomoses régulières. Elles se divisent en forme de faisceaux et envoient de la face intérieure de la pie-mère des artères d'alimentation qui s'enfoncent verticalement dans l'écorce cérébrale et qui, contrairement aux artères terminales de la base, prennent bientôt après leur origine la forme capillaire. Une partie de ces vaisseaux se termine dans la partie corticale en y formant des mailles vasculaires cunéiformes. Les vaisseaux qui ne se terminent pas dans l'écorce cérébrale pénètrent jusqu'à 3 à 4 centimètres dans la couronne rayonnante (artères médullaires). Chaque circonvolution cérébrale en présente environ 12 à 15. Ces artérioles médullaires ne forment que très peu d'anastomoses entre elles et seulement avec les extrémités terminales du territoire vasculaire qui s'étend des ganglions de la base du cerveau jusqu'à l'ensemble des circonvolutions des hémisphères. Cette répartition des vaisseaux par régions donne une autonomie relative aux diverses parties du cerveau; elle favorise

[1] Duret, *Progrès médical*, 1873, janv., fév., nov.; *Arch. de physiol.*, 1877. — Heubner. *Die luet. Erkrankung der Hirnarterien*, 1874. — Nothnagel, *Ziemssens Handb.*. 1876, XI.

la possibilité d'une répartition inégale du sang (par exemple dans l'écorce par rapport aux ganglions de la base) et rend même possible la production des hyperhémies circonscrites (fonctionnelles, par exemple, dans la couche corticale). L'écorce cérébrale paraît être spécialement protégée contre les hyperhémies fluxionnaires par ce phénomène déjà constaté par Schrœder, van der Holk et récemment confirmé par Heubner, qu'une grande partie des artères de la pie-mère se rendent directement dans les veines (réseau vasculaire dérivatif en opposition avec le réseau nutritif de l'écorce cérébrale). Il est alors possible qu'une tempête vasculaire, qui reste inoffensive pour l'écorce, passe à travers cette dernière dans la pie-mère. Le reflux du sang cérébral veineux se fait par les sinus de la dure-mère. Les plus importantes de ces voies sont le sinus transverse qui par le sinus longitudinal reçoit le sang veineux de la surface cérébrale, et le sinus droit qui par la grande veine de Galien évacue le sang des surfaces ventriculaires et en général de l'intérieur du cerveau.

La connaissance des canaux d'évacuation des produits des mutations intraorganiques est d'une grande importance. Ce n'est que tout récemment que les recherches de Rey et Retzius[1], de Schwalbe[2] ont fourni les éclaircissements désirés sur les voies lymphatiques du cerveau.

On ne peut plus mettre en doute que tout le cerveau est traversé par des espaces lymphatiques, drainé pour ainsi dire, que ceux-ci communiquent entre eux et qu'en outre ils communiquent soit directement soit indirectement avec les espaces lymphatiques des parties voisines.

On peut démontrer la présence des espaces lymphatiques intra-cérébraux aussi bien autour des cellules ganglionnaires qu'autour des vaisseaux (voies plasmatiques périvasculaires ou adventitielles entre l'adventice et la médiane). L'évacuation de ces espaces se fait par des voies lymphatiques qui suivent le même cours que les veines de la pie-mère et qui s'embouchent dans les profondeurs de l'amygdale et dans le tractus lymphatique jugulaire. On a pu établir avec certitude que l'espace subdure-mérien qui existe à la face intérieure de la dure-mère, entre celle-ci et la couche extérieure de l'arachnoïde, et que l'espace arachnoïdal qui existe entre l'arachnoïde et la pie-mère sont des espaces lymphatiques épicérébraux.

L'espace subdure-mérien n'a d'autre signification que celle d'un espace capillaire. Il communique par l'intermédiaire des granulations de Pacchioni (appendices du sinus et des veines) avec les veines du sinus et du diploé. L'espace arachnoïdal représente un sac rempli de lymphe et muni d'un système à mailles ; ce dernier fait est dû à ce que l'arachnoïde et la dure-mère sont rattachées légèrement l'une à l'autre par un système réticulaire. A la base du cerveau seulement ces mailles sont très grandes et représentent de véritables kystes (d'après Rey et Retzius.)

L'espace arachnoïdal communique avec les ventricules et avec les nerfs

Studien zur Anatomie des Nervensystems. Stokholm, 1875-1878.
Archiv. für die gesammte Physiologie, XIII, XIV.

optique et acoustique, et par là en même temps avec le liquide périlymphatique du labyrinthe. L'espace subdure-mérien et l'espace arachnoïdal n'ont entre eux aucune communication directe. Mais quand l'augmentation de pression est considérable, le sérum subarachnoïdal peut passer par filtration dans l'espace subdure-mérien et de là dans le sinus des veines.

CHAPITRE III

NOTIONS PRÉLIMINAIRES DE PHYSIOLOGIE[1]

L'écorce cérébrale, ainsi qu'il a été démontré dans le chapitre précédent, est caractérisée histologiquement par la grande abondance des cellules ganglionnaires. Comme on trouve une accumulation de substance grise, riche en cellules ganglionnaires, dans toutes les parties du système nerveux central où se produisent des phénomènes fonctionnels particuliers, depuis longtemps l'écorce grise est devenue l'objet de recherches et d'études particulières. Jusqu'à ces derniers temps on avait supposé que les diverses parties de l'écorce cérébrale étaient équivalentes les unes aux autres au point de vue fonctionnel et qu'elles pouvaient même se remplacer l'une l'autre.

Cette opinion, présentée et soutenue par Flourens, Vulpian, Schiff et d'autres, ne concordait pas du tout avec la démonstration faite par Broca de la localisation de la faculté du langage à un endroit déterminé de l'écorce cérébrale.

En outre, des différences morphologiques dans la structure de l'écorce indiquaient aussi une différence fonctionnelle variant avec les régions.

Ainsi Betz trouvait en 1874 (*Centralbl. f. d. med. Wissenschaft*, p. 578) des cellules ganglionnaires d'une grandeur remarquable (cellules géantes) dans l'écorce du cerveau frontal, par contre il trouvait de petites cellules, ressemblant plutôt à celles des cornes postérieures de la moelle épinière, dans l'écorce des lobes pariétaux et occipitaux, phénomène analogue à la différenciation de forme qui existe entre les cellules ganglionnaires des cornes antérieures et celles des cornes postérieures de la moelle épinière. Ces cellules doivent sans doute présenter aussi des différences au point de vue physiologique.

D'ailleurs les cellules géantes de Betz ne se trouvent qu'en très petit nombre dans le cerveau des petits enfants et elles ne se développent abondamment qu'à mesure que le cerveau se perfectionne. Il faut citer à ce

[1] Exner, *Hermann's Handb. der Physiol.*, t. II, partie II, p. 193. — Munk, Gad, *Eulenburg's Realencyklopædie*, 2e édition. Article *Cerveau*. — Hitzig, *Untersuchungen über das Gehirn*, Berlin, 1874. — Ferrier, *Les Fonctions du cerveau*. — Munk, *über die Funktionen der Gehirnrinde*, Berlin, 1881.

propos une découverte très intéressante de Soltmann (*Jahrb. f. Kinderkrankheiten*, N. F. IX). Il a remarqué que les parties corticales où se trouvent surtout ces cellules ne sont pas encore excitables expérimentalement chez les jeunes animaux et que ce n'est que plus tard qu'elles deviennent excitables dans le sens de leur fonction. Un autre phénomène prouve encore l'inégalité fonctionnelle de l'écorce cérébrale : c'est que les voies de l'innervation musculaire volontaire partent du cerveau frontal, les voies sensorielles se terminent exclusivement dans le cerveau occipital et dans les régions voisines du cerveau pariétal.

Grâce aux recherches remarquables de Fritsch, Hitzig, Ferrier, Munk et autres sur les animaux, recherches dont les résultats concordent avec de nombreuses nécropsies pathologiques de cerveaux humains, nous commençons aujourd'hui à connaître les fonctions de l'écorce cérébrale ainsi que l'importance et le rôle différents de chaque région corticale. Mais, étant donné que la structure et les fonctions du cerveau animal sont foncièrement différentes de celles du cerveau humain, il est incontestable que toutes ces recherches de la physiologie expérimentale ne peuvent pas être applicables sans restriction à la pathologie du cerveau humain et qu'on ne peut s'en servir que cum grano salis pour l'étude des fonctions psychiques.

Toutefois on peut considérer comme bases d'une physiologie de l'écorce cérébrale les expériences sur l'excitation ou la destruction limitées, surtout quand elles ont été faites sur des animaux d'une espèce supérieure (chiens, singes), et qu'on les compare avec les cas précis de maladies en foyer de la pathologie humaine.

Les recherches de Munk sont très remarquables en ce qui concerne le perfectionnement de la technique et de l'interprétation rigoureuse des résultats des expériences. Nous en indiquerons ici sommairement les résultats.

Centres moteurs de l'écorce cérébrale.

Ainsi que Fritsch, Hitzig et Ferrier l'ont déjà constaté, l'excitation (électrique) de la région du sillon de Rolando (Gyrus central antérieur, postérieur, lobe paracentral et les parties voisines du prœcuneus) provoque des mouvements dans certains groupes de muscles. Ainsi l'excitation du tiers inférieur des circonvolutions centrales provoque une contraction des muscles dans la région du nerf facial et de l'hypoglosse; l'excitation du tiers moyen provoque une contraction des muscles du bras, une excitation du tiers supérieur et de la surface médiane amène une contraction des muscles du pied.

Une excitation plus forte de ces régions motrices de l'écorce produit des convulsions dans les groupes de muscles en question, ce qui peut amener des convulsions générales (phénomène explicable par l'irradiation de l'excitation). La destruction de ces territoires a pour conséquence la suppression des mouvements volontaires dans les groupes de muscles correspondants, tandis que les mouvements réflexes et les mouvements communiqués

peuvent être conservés, mais alors ces derniers s'opèrent avec maladresse.

Sous l'influence de l'intoxication par l'éther, le chloral, le chloroforme, ces régions perdent leur excitabilité. En se fondant sur ces faits, on a considéré ces régions comme les centres de l'innervation volontaire, les centres d'où émane la volonté, comme des centres psychomoteurs. Mais avec la paralysie il y a aussi de la paralysie sensorielle, perte de la notion de la situation des membres paralysés. On a fait à plusieurs reprises la même remarque chez des hommes atteints de paralysies corticales.

Si l'on considère que rien ne prouve que l'écorce cérébrale serve d'intermédiaire à d'autres fonctions psychiques qu'à celle de la sensation (Meynert) dans le sens plus étendu, et à celle de la perception et de la reconstitution des perceptions antérieures, il est tout naturel de rapporter la paralysie motrice à la paralysie sensorielle et de l'expliquer par cette dernière.

Voici quels seraient, d'après Munk, la théorie des mouvements volontaires, l'explication de leur disparition et le mécanisme de leur production.

Les causes des mouvements dits volontaires sont des idées de mouvement (images et souvenirs de mouvements antérieurs; d'après Meynert, ces images sont produites par des sensations nerveuses dues à des mouvements réflexes qui se sont produits dans les centres subcorticaux probablement dans le thalamus opticus). Dès que ces idées de mouvement se manifestent avec une force de stimulation suffisante, elles provoquent le mouvement volontaire, si aucune entrave n'intervient.

La disparition des mouvements volontaires, après l'extirpation de certaines parties de l'écorce, s'explique, d'après Munk, par la perte des idées, des sensations et des mouvements correspondants (paralysie de l'âme, c'est-à-dire insensibilité de l'âme et perte de la faculté de percevoir l'idée de mouvement).

Ce savant a, en effet, prouvé que les parties corticales motrices sont les foyers centraux du sens du toucher (sensation d'attouchement, de pression, sensations musculaires avec le symptôme local correspondant) ainsi que des idées de toucher et de mouvement qui résultent de ce sens. Il a démontré, en outre, que l'extirpation des parties corticales susindiquées amène toujours la perte de ces idées, et que, lorsqu'il y a destruction plus étendue, il en résulte même la perte permanente de toutes les sensations et conceptions (paralysie corticale, disparition des mouvements et des sensations d'origine corticale).

D'après cet exposé, si, à la suite de l'extirpation des régions corticales motrices, il y a perte des mouvements volontaires, il s'agit d'une destruction des images des souvenirs des mouvements antérieurs; ces régions corticales doivent donc être considérées comme des régions sensorielles. La maladresse dans l'exécution des mouvements communiqués qui pourraient subsister encore s'explique par l'absence du sens musculaire et des perceptions tactiles qui pourraient contrôler et régler ces mouvements.

Les voies par lesquelles l'innervation volontaire des centres est amenée

aux muscles, partent des régions corticales en question, passent à travers la couronne rayonnante, n'ont probablement aucune communication avec les ganglions de la base, traversent les deux tiers antérieurs du pédoncule postérieur de la capsule interne, le tiers moyen du pied du pédoncule cérébral, descendent vers les pyramides (au pont elles sont probablement interrompues par des foyers de cellules ganglionnaires), se croisent là avec les voies de l'autre moitié du cerveau, vont principalement dans les cordons latéraux de la moelle épinière en bas, traversent les cornes antérieures et atteignent, par les racines antérieures, les muscles. Les voies conductrices de l'innervation involontaire (voies réflexes) passent des régions corticales aux couches optiques et aux tubercules quadrijumeaux, au sommet des pédoncules cérébraux, ne participent pas au croisement des pyramides, traversent par les cordons de Türk la moelle épinière qu'elles quittent par les racines antérieures.

Les voies conductrices des nerfs sensitifs du torse et des extrémités, après leur rayonnement dans les racines postérieures, les cordons latéraux postérieurs et les cornes postérieures de la moelle épinière, se croisent bientôt après leur pénétration dans la moelle (ainsi que le démontre la maladie hémilatérale de Brown-Sequard). Plus haut la voie sensorielle gagne les fascicules grêles, puis la calotte des pédoncules cérébraux (séparée du pied par la substance grise). De là, elle traverse le tiers postérieur du pédoncule postérieur de la capsule interne, endroit où se rencontrent toutes les voies conductrices des nerfs sensoriels et des nerfs trijumeaux sensitifs (carrefour sensitif), et gagne par la couronne rayonnante l'écorce du cerveau pariétal.

Centres de perception de l'écorce cérébrale.

Centre visuel de Munk. — En 1856, Panizza détruisait des portions de l'écorce cérébrale et constatait l'atrophie secondaire de ces mêmes portions après l'énucléation du globe oculaire du chien; il était arrivé à supposer que le centre de la perception visuelle devait être placé dans la région des circonvolutions postérieures du cerveau; quand Ferrier eut démontré que le siège de ce centre était dans le lobe occipital, Munk reconnut et prouva que cette région était le siège des images et des souvenirs optiques; il a prouvé que la destruction du lobe occipital près de son sommet postérieur occasionne une cécité psychique pour les impressions venant de l'œil du côté opposé. Les animaux voyaient encore, mais à cette faculté visuelle ne se rattachait aucune représentation antérieure. Ils ne tiraient aucune conclusion des images optiques qui se présentaient à eux, car ces images leur étaient devenues incompréhensibles.

Ils étaient revenus à l'état de leur première enfance, en ce sens que les images et les souvenirs que les images observées avaient laissés comme résidus avaient disparu par suite de la perte de ce groupe de cellules ganglionnaires qui conservent les souvenirs et sont capables de les

reconstituer. L'image reçue apparaissait par conséquent comme une perception tout à fait nouvelle et inconnue, et il fallait la création de nouvelles images de souvenir, ce qui était possible chez le chien, à la condition que la destruction de la sphère visuelle corticale ne fût pas trop étendue.

Les voies conductrices des nerfs optiques ne se croisent qu'en partie dans le chiasma et ce sont les filaments intérieurs qui se croisent. La voie conductrice visuelle passe dans le tractus optique, près des corps géniculés, traverse la couronne rayonnante et arrive ainsi à la surface latérale du lobe occipital. On ne sait pas encore si les filaments du tractus optique qui rayonnent dans les corps géniculés externes ainsi que dans la couche optique et dans le corps strié, y subissent une interruption quelconque.

Mais les expériences sur les animaux ont établi avec certitude que la destruction restreinte des sphères optiques des deux lobes occipitaux produit la cécité psychique, et qu'une destruction plus étendue produit la cécité corticale. Une lésion hémilatérale du cerveau occipital occasionne une suppression fonctionnelle (hémianopie) des parties des deux rétines placées du côté de la lésion; donc dans le cas de destruction de l'écorce occipitale à droite, il y a suppression fonctionnelle de la partie droite de chaque rétine. Le même résultat est obtenu par la destruction de la voie optique dans le cerveau ou par la destruction du tractus optique droit.

Centre auditif et centre du langage. — Ferrier a cherché et a trouvé le centre auditif dans le lobe temporal. Munk a démontré que ce centre se trouve dans la partie inférieure du lobe temporal (sillon temporal supérieur et moyen), puisque la destruction de cette partie de l'écorce amène une surdité psychique. Les animaux mutilés de cette façon entendent encore, mais ils ne comprennent pas ce qu'ils entendent. On a fait des expériences analogues sur l'homme : la destruction de la pointe inférieure du lobe temporal ne les privait pas de la faculté d'entendre mais de celle de comprendre ce qu'ils entendaient. Une langue qui autrefois leur était familière, leur devenait inintelligible.

La voie conductrice acoustique part des noyaux du sinus rhomboïdal en haut. Ses filaments se croisent bientôt, gagnent ensuite les parties supérieures de la calotte au carrefour sensitif et de là le sommet du lobe temporal.

Les filaments qui partent des noyaux acoustiques dans le sinus rhomboïdal et vont au cervelet sont probablement des filaments labyrinthiques du nerf acoustique, et contribuent à maintenir l'équilibre, fonction qui est attribuée au cervelet.

Le croisement des voies acoustiques étant complet, la destruction hémilatérale de la sphère auditive amène une surdité latérale du centre opposé (surdité corticale). Le centre auditif est le centre sensoriel du langage et, quand sa destruction a lieu avant que la conception du langage se soit formée, elle amène une incapacité à acquérir cette conception.

Le centre de représentation des mouvements du langage se trouve près du centre auditif qui est un centre sensoriel et auquel il est intimement

lié anatomiquement et fonctionnellement. Broca a donné comme siège de ce centre du langage moteur la région de la troisième circonvolution frontale (celle du lobe frontal gauche chez le droitier). La destruction de cette région amène la perte des idées de mouvement qui sont nécessaires pour pouvoir parler (aphasie motrice et ataxique).

Centre du gout, de l'odorat et des perceptions générales. — Ferrier suppose que le gyrus uncinatus est le centre du sens du goût dont la voie conductrice probablement passe exclusivement dans le trijumeau (Gowers). Les recherches de Munk plaident au moins, en ce qui concerne le chien et le singe, en faveur d'une localisation dans de petites régions corticales de la base, en avant la scissure de Sylvius. Ferrier désigne comme centre de la perception olfactive et des conceptions olfactive le gyrus uncinatus, qui est tout particulièrement développé chez les animaux (chien, chat) qui se distinguent par la grande acuité de leur sens olfactif. Munk suppose que l'écorce du gyrus hippocampi renferme le centre olfactif, étant donné que des raisons anatomiques témoignent en faveur de cette supposition, et que dans un cas de destruction des deux gyri hippocampi chez un chien, le sens olfactif a complètement disparu chez cet animal. Zuckerkandl (*Uber das Riechcentrum*) se fondant sur des recherches d'anatomie comparée, prétend que la corne d'Amnon appartient au centre olfactif. Le centre des idées génitales est placé par Ferrier dans la région du centre olfactif. Etant donné le rapport fonctionnel qui existe entre le sens génésique et le sens olfactif aussi bien chez l'homme que chez l'animal, bien des circonstances plaident en faveur de cette théorie de Ferrier. Quant au centre de la perception générale (lobe occipital ?), la question de savoir quel est son siège est encore fort discutée.

Il n'est pas douteux que l'écorce cérébrale exerce aussi son influence sur les fonctions vaso-motrices, thermiques et sécrétoires. Concernant ces centres et les voies conductrices de ces fonctions, ainsi que pour la question de savoir si l'écorce exerce sur ces dernières une influence directe ou indirecte, on n'a fait jusqu'ici que des suppositions assez vagues. Les données de la physiologie expérimentale moderne ne laissent plus subsister aucun doute sur le fait que les processus élémentaires de la perception et du mouvement sont rattachés à certaines régions de l'écorce cérébrale.

Les résidus (images et souvenirs) des perceptions et des mouvements antérieurs sont les éléments qui forment les points de départ pour le développement de la vie psychique.

La condition de ce développement est que les résidus qui s'accumulent dans les divers territoires de perception, entrent en rapport entre eux et que de ces rapports il se forme des idées générales contenant des caractères de diverses perceptions de la même sphère sensorielle en même temps que des caractères d'autres régions sensorielles.

Pour cela, il est nécessaire que les diverses régions corticales soient en communication anatomique entre elles par des voies d'association (d'après Meynert), et qu'elles entrent en rapport fonctionnel les unes avec les autres.

Cela devient plus aisément possible quand les centres se trouvent très rapprochés les uns des autres (sens du goût et de l'odorat; sens olfactivo-génésique; centre du langage moteur et sensoriel; sens musculaire et mouvement musculaire).

Les travaux compliqués des muscles ainsi que la dextérité des mouvements ont pour condition le fonctionnement de certaines voies d'association. Une des conditions les plus importantes pour le développement de la vie intellectuelle, c'est d'apprendre la langue, produit des idées acquises par la longue activité intellectuelle d'un peuple, et le mot comme signe de la pensée condensée qui contient des séries de conceptions isolées. Une autre liaison associative très importante est celle des perceptions du toucher et du sens de la vue; c'est la base des premiers éléments pour constituer l'image d'ensemble de son propre corps et développer la conscience de sa propre personnalité.

Il s'y ajoute ensuite l'idée de la séparation de cette personnalité du monde extérieur et les dimensions de ce dernier ne parviennent à la conscience de l'individu que par le concours associatif des centres du mouvement des muscles oculaires avec le centre visuel, ce qui fait naître la conception de l'espace. A remarquer la facilité avec laquelle ces liaisons associatives s'établissent dans le cerveau de l'enfant et des jeunes gens, tandis que pour un cerveau adulte, il devient excessivement difficile d'apprendre des langues étrangères ou d'acquérir des aptitudes techniques.

Les voies d'association ainsi que la possibilité de les relier et de les utiliser sont très nombreuses. Plus ces centres et ces voies sont bien organisés, plutôt on commence à les relier associativement et à les exercer; plus fructueuse est la méthode employée (éducation méthodique), et plus le bagage de la vie intellectuelle de l'individu sera riche et fourni.

Il résulte de ces faits qu'on ne doit considérer l'intelligence de l'individu que comme la somme et la résultante de toutes les conceptions provenant des perceptions sensorielles.

Il est donc aussi absurde de représenter la raison, le caractère, la volonté, chacun comme une faculté spéciale de l'âme, que de chercher, comme les phrénologues, une localisation pour chacune des manifestations intellectuelles. La vie intellectuelle est une et indivisible.

Comment les impressions physiques peuvent-elles produire des faits psychiques dans les cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale, éléments et substrata de l'activité psychique. Voilà ce qui échappe aux recherches de la science expérimentale. On peut admettre comme derniers fondements matériels et imaginables de la vie psychique, les mouvements moléculaires dans les cellules ganglionnaires.

La grande capacité de travail intensivement et qualitativement de l'écorce cérébrale est possible, d'une part, grâce à la grande abondance de sang et à la facilité de sa distribution; d'autre part, grâce à la grande abondance des substances grasses (cérébrine, lécithine, etc.) qui contiennent beaucoup de carbone et d'hydrogène, substances dont la compo-

sition chimique est très compliquée et qui par là ont une grande valeur calorique et une grande facilité de décomposition.

Evidemment ces matières se forment avec le sang dans les éléments nerveux et sont rapidement transformées, ce qui produit une grande somme de travail, c'est-à-dire de force animale. En outre le cerveau subit périodiquement par le sommeil un abaissement de son activité, surtout de son activité psychique.

Des théories intéressantes sur la transmutation des processus physico-chimiques (dans les cellules ganglionnaires) en force psychique ont été exposées par Pflüger (*Arch. der Physiol.*, X) et Wundt (*Physiol. Psychologie*, p. 260 et *Untersuchungen zur Mechanik der Nerven*, 1871).

CHAPITRE IV

NOTIONS PRÉLIMINAIRES DE PSYCHOLOGIE[1]

Toute la vie intellectuelle consiste en conceptions et dans l'action réciproque qu'exercent ces conceptions les unes sur les autres.

Tous les phénomènes fonctionnels de la vie psychique, les élémentaires aussi bien que les compliqués, trouvent leur concentration dans la conscience que l'individu a de lui-même (le Moi). La conscience est représentée par les idées qui, pendant l'unité de temps, se trouvent présentes dans le Moi conscient. Tout ce qui ne réside pas directement dans la conscience est une idée latente, virtuelle. Toute conception d'idée provient originairement de sensations sensorielles et reçoit une stimulation constante de ces dernières. Les sensations sont des conceptions élémentaires. Elles ont différents degrés d'intensité et de qualité. L'intensité dépend de l'excitabilité de celui qui éprouve la sensation (cette excitabilité se mesure d'après le minimum d'excitation qu'un individu est encore capable de sentir) ; l'excitabilité est une quantité variable qui dépend de l'état d'excitabilité de l'organe périphérique sensoriel, du centre sensoriel de l'écorce cérébrale (attention, sommeil, état de veille) et de l'action simultanée des autres stimulants.

Mais elle diffère aussi pour chacun des divers territoires sensoriels et l'on peut en évaluer le degré d'une manière psycho-physique.

La qualité d'une sensation dépend du mécanisme et de la forme du mouvement (nombre et longueur de l'ondulation) qui est la base de l'excitation extérieure. Conformément à leur organisation anatomico-physiologique, les divers appareils des sens ne répondent par une sensation que lorsque la vitesse de l'ondulation se meut dans certaines limites.

[1] Nous ne pouvons ici qu'indiquer simplement les notions psychologiques et psycho-physiques les plus nécessaires. Les principaux ouvrages pour l'étude de la psychologie empirique sont : le *Grundzüge der physiologischen Psychologie*, 1873, de Vundt; le *Traité de Psychologie* de Herbart, 1834; *Die psych. Zustände*, 1849, par Domwich; *Versuch einer Wissenschaftl. Begründung der Psychologie*, 1885, par Jessen; *Leitfaden d. physiol. Psychologie*, 1893, 2e édition, par Ziehen.

De la somme énorme des sensations isolées il se forme, par la fusion de celles qui sont homogènes et par la différenciation de celles qui sont hétérogènes, des conceptions sensitives qui se lient entre elles, qui se détachent de leur source originaire sensorielle et qui forment les idées générales, les notions, les jugements et les conclusions. Reliées ensemble par la conscience de l'unité corporelle, elles deviennent finalement un ensemble complexe de conceptions (le Moi) qui se juxtaposent au monde extérieur et à chaque nouvelle conception en voie de formation.

Toutes les conceptions (sensitives) se produisent dans la conscience par rapport à l'idée de temps et d'espace.

Toute représentation qui a déjà été recueillie une fois par la conscience, peut être reproduite, et cette reconstitution peut être reconnue identique à la représentation originale (mémoire).

La reproduction est spontanée (excitation physiologique), ou elle est directement provoquée par une impression sensitive (aperception) ou indirectement par des faits d'association qui se rattachent à une perception.

Plus la conception originale a été fréquente, claire et annotée par une impression, plus sa reproduction est facile et possible. La représentation reconstituée peut être identique à l'original ou modifiée (imagination). L'imagination ne crée jamais rien d'absolument nouveau, mais forme seulement une nouvelle combinaison avec ce qui existait déjà. L'activité créatrice de l'imagination est en partie involontaire, en partie influencée par la volonté.

L'image sensitive est, lors de sa reproduction, accompagnée d'une faible irradiation sensitive (image sensitive), de même que l'image est toujours entretenue par la sensibilité et stimulée par cette dernière à entrer en activité.

Nos conceptions (idées) concrètes sont toujours accompagnées de mouvements psychiques qu'on appelle des sentiments. Cette accentuation des images par des sentiments est un fait qu'on attribue au caractère. Le caractère de l'accentuation (plaisir, déplaisir) dépend en partie de la nature de la représentation concrète, de l'intensité et de la durée de cette dernière (les stimulants agréables, mais dont l'action est trop intense ou trop prolongée, produisent un sentiment de déplaisir) en partie de l'espèce de représentation (sensitive, abstraite, de souvenir), puisque les représentations produites par des impressions sensorielles (perceptions des sens, perceptions générales) provoquent des sentiments intenses dans la conscience.

Pour la production des sentiments, la manière dont se forme la conception est aussi importante que sa nature.

Une représentation ralentie ou entravée (le fait de ne pas comprendre, saisir une chose, de ne pas se rappeler) produit des sentiments de déplaisir très vifs, de même le manque de variété des représentations (ennui, mélancolie); tandis qu'une représentation accélérée et aisée (le fait de trouver la solution d'une question, de se rappeler un nom oublié), un

changement rapide des représentations (distraction, manie, etc.), produisent des sentiments de plaisir. La résultante de tous les sentiments qui, à un moment donné, sont présents dans la conscience, représente l'état d'esprit. Ce dernier est déterminé par le contenu des représentations concrètes, par la manière dont se déroule le processus formatif de la représentation et dont se produit la perception générale. L'émotion est un mode de réaction des sentiments sur des représentations violentes qui ébranlent la conscience.

Elle est occasionnée par l'apparition brusque de représentations qui la provoquent par leur contenu, leur signification particulière pour le for intérieur de l'individu (le Moi) et leur durée. Mais l'excitabilité du sujet qui conçoit une idée, est aussi d'une grande importance. (Cette excitabilité est causée par des impressions antérieures, par le tonus habituel et le tempérament de l'individu.)

Les émotions peuvent aussi bien venir de représentations reproduites que de perceptions sensorielles. Les représentations produites par le réflexe de faits inconscients dans l'organe psychique, sont très importantes pour la pathologie (par exemple, l'irritation des organes périphériques dans l'hypocondrie ; les troubles de l'alimentation dans l'organe psychique même; le fait que l'individu s'aperçoit de l'arrêt du fonctionnement de cet organe).

Ces représentations peuvent provoquer des émotions vives sans même présenter un contenu concret et sans que l'individu s'en rende nettement compte.

Le mode selon lequel se déroule le processus formateur de la représentation joue aussi un rôle très important dans la production des émotions. Les émotions les plus violentes sont provoquées parce que la production de la représentation a été troublée (image, idée obsédante) ou facilitée.

L'émotion est particulièrement violente quand, par l'adjonction d'un vif sentiment, une représentation devient un effort et que cet état de tension n'amène pas une solution immédiate. Il se produit alors des états de colère, de rage ; par contre, une solution brusque de la tension (réalisation de l'effort, du désir) provoque une émotion de plaisir.

Au point de vue de leur nature on distingue des émotions de plaisir et des émotions de déplaisir.

Les émotions réagissent sur la circulation, sur le tonus des muscles et sur les processus végétatifs ; elles amènent des changements dans ces fonctions. Il en est ainsi aussi bien des émotions de l'homme sain que des états passionnels de l'aliéné (mélancolie, manie). Très remarquables à ce sujet sont certaines sensations précordiales (angoisse précordiale et plaisir précordial), certains phénomènes sécrétoires (pleurs) et moteurs (rire, etc.).

Les sentiments et les émotions éthiques constituent une catégorie particulièrement importante. Là tout se rapporte exclusivement à la personnalité, soit à la sienne propre (égoïsme), soit à celle d'un autre (altruisme).

Ces sentiments et ces émotions naissent de représentations qui impressionnent la partie la plus intime de la personnalité intellectuelle, la somme de représentations dont se forme la conscience du moi. La sympathie représente un degré supérieur du sentiment de soi-même. Elle est basée sur ce fait que nous transmettons à une autre personnalité une partie de nous-mêmes, et que nous sentons avec cette personnalité. La sympathie, quand elle est à un degré de développement inférieur, se borne aux proches parents; puis, noble fleur de la civilisation, elle peut s'étendre à l'humanité tout entière. Préférer l'altruisme à l'égoïsme, voilà le but de la perfection éthique auquel doivent tendre les individus aussi bien que les masses. La plus haute satisfaction de la conscience provient de l'accomplissement de ce principe qui est aussi la base de toutes les prescriptions morales. Les faire valoir subjectivement, voilà sur quoi se basent les phénomènes de la conscience; les faire valoir objectivement, voilà ce qui fait le fondement des mœurs et de la morale. Ces dernières deviennent loi quand la collectivité des individus (société, état) les proclame comme des préceptes rigoureux et en impose l'observation à l'individu. Dans leur essence, les sentiments éthiques et les mouvements émotifs ainsi que les émotions en général apparaissent sous deux formes : sentiments de plaisir (estime de soi-même, respect, participation à la joie d'autrui) et sentiments de déplaisir (mépris de soi-même, mépris des autres, pitié).

Revenons aux processus de conception et nous verrons que leur caractère commun c'est de se subordonner à certaines notions générales d'espace et de temps. La conception générale de l'espace est produite originairement par l'orientation que donnent le sens du toucher et le sens musculaire; l'idée générale de temps se base sur la succession des représentations qui viennent tour à tour, se chassent l'une l'autre et défilent devant la conscience. Le temps le plus court pendant lequel une représentation succède à l'autre peut être mesuré psycho-physiquement et dure en moyenne un huitième de seconde. La représentation qui se trouve en ce moment précis dans la conscience en attire une des nombreuses autres qui sont latentes et se trouvent en dehors du domaine de la conscience, et elle est pour ainsi dire remplacée par cette dernière. Ce processus est le plus souvent involontaire et ce n'est que dans une mesure très restreinte que l'attention volontaire peut intervenir pour modifier la marche de la représentation.

Cependant dans leur mode de succession les représentations obéissent à une certaine loi. La pensée abstraite se manifeste sous forme de jugements qui, revêtus de mots, se présentent et se se suivent comme des phénomènes logiquement coordonnés (construction de la phrase). A côté de cette série de conceptions logiques il s'en trouve une autre, machinale, l'association des idées.

Les représentations peuvent se provoquer l'une l'autre par un moyen purement mécanique par le rapport qui existe entre le tout et ses parties (une partie du corps, un fragment de statue éveillent l'idée complétive de

l'ensemble du corps, de la statue tout entière); ou par le rapport qui existe entre la cause et l'effet (le bruit de la détonation d'un coup de fusil éveille l'idée de chasseur et de fusil), par la ressemblance et le contraste (un visage qui incite à se représenter des figures semblables pour les comparer avec la première, l'idée du ciel à laquelle se lie l'idée contraire d'enfer), par la liaison qui est le produit d'une habitude (notre père — qui êtes au ciel), par l'apparition simultanée des représentations qui se sont produites dans le même endroit (reproduction d'événements disparates qui ont lieu simultanément, souvenir de certaines personnes au moment de revoir l'endroit où l'on a fait leur connaissance), enfin par l'homonymie ou les assonances (tante — tente, nièce — pièce). A l'état normal, une idée concrète ne demeure que peu de temps dans la conscience malgré toute l'énergie de la volonté, car d'autres la ternissent, l'éloignent et la remplacent; à l'état pathologique (association des idées entravée) l'idée concrète peut persister avec une intensité et une durée morbides dans la conscience et par conséquent entraîner des troubles funestes (idée obsédante).

Le côté moteur de la vie psychique offre divers phénomènes avec les divers degrés de son développement.

La forme la plus primitive du mouvement est le mouvement réflexe. Etabli qu'il est d'avance par la disposition anatomique du système nerveux central, il existe déjà chez le nouveau-né. Il s'accomplit inconsciemment. Ses stimulants sont des excitations sensorielles. Il y a ensuite une forme de mouvement un peu supérieure, mais encore assez voisine du mouvement réflexe, c'est le mouvement sensitivo-moteur qui se manifeste par des sensations sensorielles. Il est à la limite de démarcation de la conscience. A un degré plus élevé, on a le mouvement instinctif. Ses mobiles sont des sensations organiques. Il représente un degré primitif de la conscience.

La volonté est un acte psychomoteur perfectionné, qui s'accomplit dans la sphère de la conscience. Son primum movens est une représentation appuyée par un sentiment. Plus ce sentiment lié à une conception est vif et intensif, plus il se transforme aisément en désir. Le mouvement entrepris dans le but de satisfaire un désir s'appelle une action. On se représente alors l'objet désiré comme une chose qui est accessible. Si l'objet ne l'est pas, il y a désir nostalgique. L'acte suppose toujours des représentations (conceptions) comme mobiles; ces dernières peuvent être plus cu moins nettes dans la conscience de l'individu. Une action dont les mobiles ne sont pas nettement arrivés à la conscience, est un acte impulsif. Dans une catégorie très voisine on trouve les actes émotifs. Ils se produisent inconsciemment et involontairement; cependant la volonté peut les supprimer dans une certaine mesure (éducation).

Le degré le plus élevé de l'action est représenté par l'acte libre. Il est dû à des conceptions très compliquées d'utilité et de moralité et dont la conscience se rend nettement compte, à la réflexion sur les diverses possibilités de vouloir et de non vouloir déterminées par des raisons logiques et

morales, et enfin à la réflexion sur la possibilité d'agir dans un sens déterminé.

Pour obtenir une certaine continuité dans la manière d'agir, il faut du caractère, c'est-à-dire des associations psychiques bien serrées, consolidées par l'expérience et l'éducation, et qui se sont figées en un ensemble constant de représentations, de sentiments et d'impulsions. Cet assemblage n'existe pas encore chez l'enfant ; il est souvent détruit ou du moins troublé par les maladies mentales.

CHAPITRE V

PLACE PARTICULIÈRE DES AFFECTIONS PSYCHIQUES DANS LE DOMAINE DES AFFECTIONS CÉRÉBRALES

D'après ce que nous venons de dire, on ne peut douter que les troubles des fonctions psychiques, tels qu'ils se présentent dans la folie, ne soient l'expression de modifications dans l'organe où s'accomplissent les processus psychiques à l'état normal. Les affections psychiques prouvent l'existence d'une maladie de l'écorce cérébrale et, comme les affections corticales circonscrites n'ont pour effet que de supprimer certaines fonctions suivant le point qui est atteint (maladies en foyer), il est évident que celles-là ne peuvent être occasionnées que par un trouble diffus et étendu de l'écorce cérébrale.

Les affections psychiques sont des maladies diffuses de toute l'écorce cérébrale.

Cette hypothèse paraît au premier abord en contradiction avec les résultats nécropsiques relevés chez les personnes mortes d'aliénation mentale, étant donné que dans la plupart des cas on ne procède pas à une autopsie microscopique.

Mais comme la thèse que nous venons de formuler est la conclusion logique des faits expérimentaux, on a, pour expliquer la contradiction apparente, recours à la supposition que les troubles d'alimentation qui peuvent se produire intra vitam sur l'écorce cérébrale (organe excessivement sensible ainsi que le prouvent les délires toxiques et fébriles) doivent être si ténus et si imperceptibles qu'il est impossible de les déceler post mortem à l'aide des moyens et des instruments ordinairement usités.

La plupart des maladies psychiques, de même que beaucoup de maladies du système nerveux central qui donnent un résultat négatif à l'autopsie, semblent être une maladie fonctionnelle, un changement moléculaire, un trouble d'alimentation.

Mais il ne faut pas aller trop loin et envisager la plupart des processus psychosiques comme des maladies purement fonctionnelles; il ne faut pas renoncer à rechercher les bases anatomo-pathologiques de ces processus. Il ne faut pas oublier que dans bien des cas d'affections psychiques on constate des états anatomo-pathologiques qui sont presque

identiques les uns aux autres, que ce n'est que depuis relativement peu de temps qu'on a commencé à découper, pour nous servir d'une expression de Griesinger, le cerveau autrement qu'avec le couteau et la fourchette; que, de plus, l'examen microscopique d'un cerveau physiquement malade reste rarement sans résultat ; qu'enfin notre connaissance des détails histologiques de cet organe très compliqué, spécialement celle des rapports de la névroglie avec la substance nerveuse proprement dite, est encore fort incomplète et présente des lacunes considérables.

Il faut aussi tenir compte de ce que la cause des symptômes cliniques peut consister en anomalies de l'innervation vasculaire qui peut produire l'anémie, l'hyperhémie, l'œdème, un changement de pression, et que ces anomalies disparaissent avec la mort. Enfin, il faut considérer que ces symptômes cliniques peuvent être causés par des modifications chroniques, que la chimie normale du cerveau n'est connue qu'imparfaitement et que la chimie pathologique cérébrale est absolument inconnue.

L'expérience nous apprend que c'est presque exclusivement dans les formes primaires, au début de l'alinéation mentale, qu'on ne trouve rien post mortem ; nous sommes obligés de nous contenter de l'hypothèse d'anomalies dans l'innervation, dans la répartition du sang et dans sa composition chimique.

Par contre, dans les états secondaires et terminaux de la folie, on trouve régulièrement des modifications qui consistent souvent en résidus de processus d'inflammation et de dégénérescence, sur les méninges et sur l'écorce cérébrale ; ces changements ont été évidemment précédés de troubles de la nutrition.

Dans tous les cas, nous pouvons dès aujourd'hui formuler cette thèse que dans l'écorce cérébrale grise, il n'y a pas un seul changement diffus, soit hyperhémie, soit anémie, œdème ou inflammation, qui ne doive cliniquement se manifester par un trouble des fonctions psychiques (Griesinger).

Au point de vue anatomique on peut définir la maladie psychique une affection diffuse de l'écorce cérébrale grise, entraînant des changements nutritifs allant jusqu'aux altérations inflammatoires et dégénératives.

Habituellement on ne range pas parmi les maladies psychiques les troubles des fonctions psychiques qui ne sont que les accessoires de troubles aigus graves de la nutrition générale (intoxication, fièvre) ; on ne considère comme tels que les dérangements psychiques qui sont la manifestation de processus spontanés, se développant uniquement dans l'écorce cérébrale, et qui, en général, évoluent sans fièvre et avec une marche chronique.

Cette distinction est pratique, mais elle est arbitraire et est loin d'être rigoureusement scientifique, étant donné que des troubles de nutrition symptomatiques et aigus de l'écorce cérébrale peuvent devenir indépendants et subsister même après que le processus originaire a cessé d'exister ; ils peuvent passer à l'état de véritables psychoses. En tout cas il y a des transitions à peine sensibles entre les délires d'inanition, d'intoxication, fébriles, et les psychoses (folie). D'autre part, ces psychoses

peuvent prendre une marche aiguë et même suraiguë. La définition ainsi formulée : — les maladies psychiques sont des maladies diffuses de l'écorce cérébrale, indépendantes et en général à évolution chronique et sans fièvre, — contient donc une part de vérité et une part de convention.

Envisagées au point de vue clinique, les maladies psychiques nous apparaissent comme appartenant au domaine de la pathologie cérébrale. Ce fait est d'ailleurs démontré d'une manière irréfutable par l'étude de l'étiologie de ces maladies ; car les lois d'origine des maladies mentales sont au fond les mêmes que celles de l'origine des autres maladies du cerveau, des nerfs, et ici la loi de l'hérédité a une importance capitale.

Les maladies mentales se transmettent souvent aux descendants, mais les maladies les plus diverses du cerveau et des nerfs chez les procréateurs peuvent amener la prédisposition à la folie de la génération suivante.

A côté de cette tendance très accentuée à se transmettre par hérédité, ces maladies ont encore la faculté particulière de réapparaître en se métamorphosant sous les formes les plus variées de la névrose, de sorte que, au point de vue étiologique, les maladies les plus diverses du cerveau et des nerfs peuvent être considérées comme les membres d'une même famille pathologique.

On observe aussi assez souvent chez le même individu la transition successive des névroses simples (chorée, hystérie, épilepsie) à la folie; ou bien on voit chez différents individus de la même famille, chez qui il y a une prédisposition, qu'une cause occasionnelle, comme la peur (suivant les circonstances individuelles ou accidentelles), produit par exemple chez l'un l'épilepsie et chez l'autre l'aliénation mentale.

Au point de vue de la symptomatologie clinique, on peut désigner les psychoses comme une classe spéciale de maladies cérébrales caractérisées par la prédominance des troubles des fonctions psychiques. Mais il n'y a pas que ces troubles qui se manifestent : selon l'importance directe ou indirecte de l'écorce cérébrale sur les fonctions sensitives, sensorielles, motrices, vaso-motrices, secrétoires, trophiques ou régulatrices de la chaleur, des symptômes correspondants peuvent se produire à côté des symptômes psychiques.

D'autre part, il faut se rappeler que les troubles psychiques ne se manifestent pas seulement dans les cas de psychoses, mais aussi, bien que sous une forme primitive, dans toutes les autres maladies cérébrales possibles. De plus, par suite d'une influence sympathique ou anatomique secondaire agissant sur l'écorce cérébrale, les maladies en foyer de l'écorce et les maladies cérébrales en général peuvent entraîner des troubles généraux psychiques, temporaires ou durables; tandis que, dans les cas de maladie cérébrale en foyer, les troubles des fonctions non psychiques, motrices, sensitives, sont au premier plan du tableau clinique.

Il résulte de ces considérations que la séparation des maladies psychiques des autres maladies cérébrales n'est qu'artificielle et arbitraire ; ce ne sont que des raisons d'utilité pratique (importance sociale, riche symptomatologie, terrain en partie inexploré, particularité des moyens

d'exploration) qui peuvent justifier la place spéciale qu'on a donnée à ce genre de maladies cérébrales où prédominent les troubles psychiques.

C'est dans la pratique surtout que s'impose la nécessité d'étudier et d'envisager les psychoses comme les autres maladies cérébrales sans perdre de vue toutefois leur caractère spécial.

Les troubles des fonctions psychiques prédominent, c'est vrai, mais dans la plupart des cas ce ne sont pas eux qui permettent d'établir le diagnostic ou le pronostic.

L'observation clinique ne doit donc pas être exclusivement psychologique, elle doit être neuropathologique dans un sens très large et comprendre tous les troubles des fonctions non psychiques qu'elle doit utiliser pour le diagnostic et le pronostic.

D'autres points de vue et d'autres problèmes d'une plus grande portée découlent encore de la nature de ces maladies spéciales du cerveau. L'écorce cérébrale, comme organe des fonctions psychiques, constitue la condition indispensable pour l'existence de ce que nous appelons psychologiquement le moi et la conscience.

Une maladie faisant diffusion sur l'écorce cérébrale doit nécessairement entraîner un changement dans la conscience et dans la personnalité psychique. Ainsi la psychose ne se présente pas seulement comme une maladie du cerveau, mais en même temps comme une modification pathologique de la personnalité.

Au point de vue de la pratique médicale, il en résulte la nécessité de soumettre la personne malade à un traitement psychique et individuel; au point de vue social et juridique, il en résulte un changement important dans la situation de l'individu dans le domaine légal et social. Par là la psychiatrie acquiert une très haute importance sociale.

Un des points de vue les plus importants à ce sujet est la question des soins que l'État doit donner aux aliénés dont le nombre s'accroît, depuis dix ans, dans tous les pays. Une intervention utile en faveur de ces malades, leur guérison ou les soins humanitaires à leur donner quand ils sont inguérissables, constituent des questions très importantes pour les autorités et les médecins, d'autant plus que, d'après les renseignements fournis par l'expérience, les asiles fermés ne suffisent plus à recevoir tous ces malades et que beaucoup d'entre eux peuvent être traités avec un régime qui leur laisse plus de liberté (soins dans une famille ou dans une colonie, régime sur la valeur duquel au point de vue économique et technique l'avenir se prononcera).

Ce qui est établi pour le moment, c'est que les asiles fermés sont absolument nécessaires pour les malades guérissables et les malades dangereux.

Une mission non moins importante est dévolue à la psychiatrie dans ses rapports avec la jurisprudence.

Les aliénés sont légalement irresponsables, leur droit d'agir civiquement disparaît avec leur maladie; leur état peut les rendre dangereux pour la société et par conséquent il peut sembler nécessaire de les priver de leur

liberté. Mais comme ils sont incapables de prendre soin d'eux-mêmes et de leurs affaires, ils ont besoin d'une protection et pour eux-mêmes et pour leurs intérêts. Toutes ces circonstances font naître une série de questions en partie spéciales et en partie ressortissant à la législation générale, questions auxquelles la psychiatrie, comme psycho-pathologie médico-légale, est appelée à donner une réponse scientifiquement fondée. Ces questions sont très importantes aussi bien pour l'ordre et la sécurité publique, que pour l'honneur, la vie et la liberté des malades eux-mêmes. Sans doute le problème le plus difficile de ce genre est de préciser l'état mental d'un homme au moment où il a commis un acte délictueux. Sur ce terrain bien des problèmes sont encore à résoudre, les lignes de démarcation entre le crime et la folie étant encore fort incertaines et flottantes. Malgré cela la psychiatrie peut répondre, même dans ces cas, pourvu qu'elle reste rigoureusement sur le terrain clinique, qu'elle s'abstienne de se payer de phrases, et qu'elle donne sans hésiter un non liquet pour les cas sur lesquels l'état actuel de la science ne permet pas de se prononcer.

CHAPITRE VI

IMPORTANCE DE L'ÉTUDE DE LA PSYCHIATRIE

Malgré le développement imparfait de la psychiatrie en tant que science, son importance parmi les autres sciences est grande. La psychiatrie a donc le droit d'avoir une chaire dans les facultés. En étudiant l'étiologie des maladies psychiques qui constituent un mal social très grave, elle est d'un grand intérêt pour l'hygiène dont la tâche est de préserver des maladies.

Elle touche aussi au domaine de la pédagogie, puisque, dans beaucoup de cas, le trouble mental est la conséquence d'une éducation défectueuse qui n'a pas tenu compte ni des prédispositions spéciales ni des particularités du tempérament. Si la pédagogie étudiait plus profondément les conditions normales et pathologiques de l'humanité, bien des défauts et des erreurs d'éducation seraient supprimés, les exemples de carrières mal choisies seraient moins fréquents et par suite bien des existences psychiques seraient sauvées.

La psychiatrie n'offre pas moins d'intérêt pour la théologie, car elle décèle l'origine psychopathique de bien des aberrations et de bien des sectes religieuses, et aussi pour l'histoire en expliquant le caractère énigmatique de certaines personnalités historiques par des raisons psychopathiques[1].

La psychologie en tant que science de l'esprit humain peut trouver une source de renseignements importants dans la pathologie de l'esprit, de même que la pathologie elle-même est une source de renseignements pour la physiologie. Dans tous les cas, la psychiatrie est une science indispensable au naturaliste et au médecin qui aspirent à une culture d'esprit générale; elle leur est indispensable s'ils veulent acquérir une culture plus étendue de l'esprit et du cœur, et elle constitue un moyen très efficace pour leur

[1] Bird, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, V, p. 151 (Jeanne de Castille); p. 159 (Charles VI de France); IV, p. 12 (Charles IX de France); VII, p. 45, 218; VIII, 17, 209 (diverses personnalités historiques). — Dietrich, dans le même journal, IX, p. 558 (Philippe V et Ferdinand VI). — Bergrath, *Ibid.*, X, p. 249, 366. Winslow, *Obscure diseases of the Brain*, p. 101-106. — Wiedemeister, *Der Cæsarenwahnsinn*, 1885. — Ribot, *L'hérédité* (la famille des Borgia, des Bourbons, Catherine de Médicis, etc.).

donner un esprit philosophique plus élevé. Pour la vie commune aussi l'étude de la psychiatrie a son utilité, car elle permet d'apprécier et de juger les individus d'esprit anormal qui grouillent en si grand nombre dans la société. Maintenant reste à savoir pourquoi le médecin praticien a besoin de connaissances psychiatriques.

Fait curieux, dans les pays qui occupent le premier rang dans la civilisation, tels que l'Allemagne et l'Autriche-Hongrie, l'État n'exige pas de connaissances psychiatriques du médecin praticien, mais seulement du médecin légiste. La psychiatrie ne rentre pas dans le programme des examens officiels nécessaires pour obtenir le diplôme.

Bien que pour le moment l'État n'exige pas des connaissances psychiatriques, le grand public cependant suppose que chaque praticien les possède. Ce dernier se rendrait coupable d'un manque de probité s'il se donnait l'air de savoir une chose qu'il ignore au fond. On ne peut pas apprendre la psychiatrie dans les livres.

Le médecin dépourvu de connaissances psychiatriques et qui malgré cette ignorance se charge de soigner un pychosique, endosse une responsabilité très grave et compromet les intérêts les plus importants de son client (santé, vie, honneur, fortune).

On pourrait encore invoquer les raisons suivantes pour décider le médecin à se familiariser avec les maladies psychiques, quand même l'État ne l'y obligerait pas.

1° Les psychosiques se rencontrent dans la clientèle de chaque médecin occupé, car ces maladies sont très fréquentes (on peut compter un aliéné pour 200 personnes saines d'esprit) et deviennent de plus en plus nombreuses dans la société moderne.

Il est vrai qu'un grand nombre de ces malades sont confiés aux spécialistes (médecins aliénistes), la nécessité s'imposant de les interner dans un asile. Mais le nombre de ces derniers ne représente environ que le tiers de tous les psychosiques, dont les deux autres tiers en sont réduits à recourir aux soins des médecins non spécialistes.

A mesure que la psychiatrie deviendra le domaine commun de tous les médecins praticiens, il sera possible de donner aux cas aigus un traitement plus étendu en dehors des asiles, soit dans la famille, soit dans les hôpitaux ordinaires. Cette tâche serait salutaire pour la population et en même temps utile pour le médecin.

C'est toujours au médecin non spécialiste qu'incombera la tâche de reconnaître à temps le danger de la maladie psychique et de le prévenir. Il est encore nécessaire de reconnaître le mode d'évolution des maladies psychiques pour pouvoir prendre des mesures préventives contre les dangers que comporte l'état d'un aliéné : le suicide, les impulsions et agressions graves contre la vie et la propriété d'autrui.

Le médecin praticien a aussi des devoirs à remplir à l'égard des malades qu'on transporte dans une maison d'aliénés.

Il doit tout d'abord savoir à partir de quel moment le malade aura besoin d'être traité par des spécialistes et avec le régime de l'asile, de même que

chaque médecin, sans être ophtalmologiste ou chirurgien, doit être en mesure de reconnaître à temps, par exemple, un glaucome, et de savoir quand le malade aura besoin de l'intervention du spécialiste ou du chirurgien. En outre, le médecin, dans le cas où c'est une nécessité, a non seulement à faire transporter le psychosique dans un asile, mais il doit attester la maladie, justifier de la nécessité de l'internement et avant tout établir l'anamnèse de la maladie et en quelque sorte préparer scientifiquement la besogne du médecin de l'asile.

L'anamnèse et la pathogénie sont des conditions fondamentales pour apprécier et traiter rationnellement ces cas. Le malade est, dans la plupart des cas, trop troublé pour pouvoir fournir une anamnèse utilisable et la maladie est souvent déjà trop avancée pour que l'aliéniste puisse, sans le concours de son collègue du dehors, établir l'histoire du développement de la maladie. Puis une bonne observation nosographique est un bienfait inappréciable aussi bien pour le médecin que pour le malade. Un grand nombre de malades chroniques sont d'ailleurs renvoyés des asiles et pourraient être très bien soignés au dehors, car souvent ils n'ont besoin que d'un traitement temporaire.

Si les médecins praticiens possédaient les connaissances psychiatriques nécessaires, on pourrait plus facilement dégrever les asiles déjà trop encombrés partout et rendre possible le traitement au dehors qui pour beaucoup de malades comporterait une plus grande liberté et un plus grand confort.

2° Souvent les tribunaux ont à se prononcer sur des questions juridiques concernant des psychosiques et à cet effet ils se voient obligés de demander un certificat ou un rapport à un médecin. Aucun médecin ne peut légalement se soustraire à ce devoir. Quel triste rôle peut jouer in foro un médecin incompétent dans les questions de médecine mentale. et de quel acabit seront ses rapports, voilà ce que nous ne voulons pas trop approfondir. Un médecin qui n'a pas de connaissances psychiatriques pratiques ne peut figurer comme expert que pour la forme.

Voilà les avantages directs que l'étude de la psychiatrie offre au praticien.

Mais elle comporte aussi des avantages indirects.

1° La médecine pratique ordinaire ne fait guère attention à la personnalité du malade bien que, dans les maladies physiques graves, la personne psychique, comme porteur du processus de la maladie, souffre avec le corps et a besoin d'égards. Cette partie importante de la médecine pratique (homilétique médicale, traitement psychique ou moral) incombe naturellement à la psychiatrie et à la clinique psychiatrique. Par l'étude des malades psychiques on acquiert cet avantage très précieux du coup d'œil pénétrant et rapide qui fait reconnaître les besoins du malade, et l'art d'exercer sur lui une influence psychique bienfaisante.

2° Un très grand nombre de névroses ne sont que des névro-psychoses, c'est-à-dire que l'âme est atteinte. Seul le diagnostic psychiatrique permet de reconnaître quelle est la part psychique dans le tableau morbide d'une

hystérie, d'une hypocondrie, d'une neurasthénie, etc.; c'est seulement en tenant compte de la nécessité du traitement moral que la thérapeutique pourra combattre avec succès ces états morbides.

3° Une série de maladies fébriles, chroniques, constitutionnelles, ainsi qu'un grand nombre de maladies cérébrales en foyer entraînent des anomalies psychiques élémentaires. On n'arrive que par l'étude de la psychiatrie à pouvoir apprécier avec justesse ces troubles importants. Dans ce sens la psychiatrie est une branche importante et intégrante de la pathologie générale du système nerveux central.

CHAPITRE VII

DIFFICULTÉS ET POINTS DE VUE GÉNÉRAUX POUR L'ÉTUDE DE LA PSYCHIATRIE

L'étiologie ainsi que l'observation clinique ont fait assimiler la psychiatrie à la pathologie cérébrale et exigent la même méthode d'observation et de traitement que pour cette dernière en même temps que l'abandon des idées inspirées par l'exclusivisme psychologique ou même métaphysique. Malgré cette corrélation intime, l'étude des maladies psychiques paraît entourée de difficultés particulières.

Au premier aspect ces maladies n'ont rien d'analogue avec les troubles des fonctions des autres centres du système nerveux : elles font l'effet de processus tout à fait à part.

Les procédés habituels de l'anatomie pathologique sont nuls ici, car les phénomènes cliniques et les constatations de l'autopsie ne peuvent que bien rarement être mis d'accord; les moyens auxiliaires usités et suivis pour faire le diagnostic ne sont absolument d'aucun service : nous n'avons que faire de l'auscultation, de la percussion, de la chimie pathologique sur le terrain psycho-pathologique. Ici nous nous trouvons pour la plupart du temps en présence de phénomènes d'un nouvel ordre, de phénomènes psychologiques. Des hésitations de la conscience, des troubles de la mémoire, des sentiments anormaux, au point de vue quantitatif et qualitatif, des conceptions, des désirs, etc., voilà les faits dont nous devons tirer nos conclusions sur la nature et la gravité de la maladie cérébrale.

La particularité des faits dans l'état de folie n'est cependant qu'apparente. Si les maladies mentales sont réellement des maladies cérébrales, elles doivent, malgré le caractère particulier de leurs symptômes et de leurs groupes de symptômes, suivre les lois générales de la physiologie et de la pathologie du système nerveux. Les lois de l'excitabilité et de l'excitation, de l'épuisement, de la transmission réflexe de l'effet vicariant, de l'irradiation et de la propagation, de la projection excentrique des phénomènes d'excitation, etc., doivent exister aussi pour ces fonctions.

Cette supposition est pleinement confirmée ; en effet, partout nous rencontrons des symptômes d'excitabilité et de transmission réflexe facilitées ou entravées; la loi de l'apparition excentrique se montre à chaque pas.

L'évolution générale des maladies psychiques correspond à celle des autres névroses; et nous voyons des phénomènes qui correspondent à la latence et à l'intermittence temporaire, à l'exacerbation, à la rémission, à la périodicité du retour des symptômes.

Nous pouvons mettre les phénomènes psychopathiques plus à la portée de notre intelligence, les dépouiller quelque peu de leur caractère étrange, si nous essayons d'établir une certaine analogie entre eux et d'autres phénomènes pathologiques de la fonction nerveuse que nous connaissons mieux et si nous appliquons aux premiers la terminologie de ces derniers.

Ainsi nous avons jusqu'à un certain point le droit de parler d'hyperesthésie ou d'anesthésie psychique, de contracture ou de paralysie psychique, de l'augmentation ou la diminution de la résistance par l'augmentation ou l'abolition de l'excitabilité du réflexe psychique. Mais l'hypothèse que la folie est une maladie, nous ouvre encore une autre source importante de renseignements.

La maladie est la vie dans des conditions anormales; maladie et santé ne sont pas des choses absolument opposées l'une à l'autre.

Les faits psychopathiques ne peuvent donc être fondamentalement différents de ceux de la vie physiologique; il doit exister entre ces deux parties de la vie des analogies et des transitions précieuses.

Cette supposition se trouve aussi confirmée. Les éléments dont se compose la vie psychique morbide sont les mêmes que ceux de la vie normale; il n'y a que les conditions de leur origine qui aient changé.

Dans la vie intellectuelle normale les conditions pour l'accomplissement des fonctions psychiques sont (à part la nutrition normale de l'organe des fonctions psychiques) des initiatives venant du dehors (excitation des sens) ainsi qu'une sorte de réaction de l'organe psychique adéquate aux stimulants venus de l'extérieur. C'est la garantie de l'accord complet entre les faits perçus dans la conscience et les faits du monde extérieur. Le cerveau de l'aliéné se trouve dans des conditions anormales. Son écorce cérébrale est le siège d'un processus morbide qui fait que des phénomènes intérieurs (excitations et irritations) la mettent en activité.

Son organe psychique produit spontanément, par conséquent sans être motivé par les faits et les influences du monde extérieur, des états d'esprit, des perceptions, des représentations, des désirs, etc. Par là le malade, dans sa vie intérieure, se met en contradiction avec la vie extérieure (alienatio mentis).

Mais la nature de ces phénomènes psychiques morbides nés dans l'intérieur, est la même au fond que celle des phénomènes psychiques produits par des stimulants venus du dehors.

Ce n'est pas d'après la qualité des faits psychiques, mais d'après leur mode d'origine qu'il faut juger.

Ces excitations intérieures centrales spontanées sont la conséquence des troubles de la nutrition qui se sont produits dans l'écorce cérébrale et qui ont la faculté d'exercer une action irritante. Ces troubles de la nutrition entraînent en outre deux troubles graves dans l'écorce cérébrale.

Les conditions de la réaction produite par les excitations venant du dehors (excitabilité transformée, augmentée ou diminuée, ou changement qualitatif) changent.

Il y a ensuite un trouble de la conscience (sans préjudice du trouble de la conscience amené par des excitations subjectives et spontanées).

Alors il est à craindre que la conscience troublée donne à l'excitation intérieure subjective la même importance qu'à l'excitation objective externe (hallucination, manie); ce qui contribue à créer ce danger c'est précisément la loi de l'apparition excentrique et en général l'habitude qu'on a de ne se laisser influencer psychiquement que par les faits objectifs du monde extérieur.

Ce trouble de la conscience (trouble de la raison, de l'esprit) est fondamental pour la compréhension des phénomènes de l'aliénation mentale.

Il consiste particulièrement dans l'absence ou l'arrêt des phénomènes d'expérience antérieure (très important, quand il s'agit de l'origine des idées délirantes), dans la confusion (hallucination) ou dans le mélange (illusion) des impressions objectives avec celles qui partent des centres nerveux, dans la fausse interprétation des impressions reçues par la conscience troublée qui les attribue à des causes extérieures.

Comme le mystère de la transmission des pensées par la matière, les conditions de l'altération pathologique de la conscience restent inexplicables chez l'aliéné. On ne peut déceler que des causes isolées du trouble de la conscience et qui se présentent sous les formes suivantes : arrêt ou absence des images des souvenirs (par exemple cécité psychique, surdité psychique); arrêt ou absence de séries entières de phénomènes de la vie normale. L'abolition, dans ce cas, peut être causée par une abolition définitive des phénomènes (perte de la mémoire), l'arrêt par des états passionnels de l'âme (troubles dans l'association des idées, dans la marche des conceptions); on peut aussi noter comme causes l'abolition ou l'absence des sensations qui habituellement accompagnent le processus de la représentation, les troubles de la perception (illusions) et la production de perceptions subjectives (hallucination) à côté des perceptions objectives.

CHAPITRE VIII

ÉTATS ANALOGUES DE LA FOLIE

Le travail physiologique de l'organe de l'activité psychique consiste dans la production des sentiments, des représentations, des aspirations.

Quand ces faits psychiques se produisent spontanément et d'une manière qui n'est pas adéquate aux stimulants extérieurs, il y a là en général un symptôme d'excitation intérieure et de réaction anormale dont la durée, l'intensité et la disproportion ne nous laissent pas longtemps dans le doute sur leur origine pathologique. Ce mode d'origine se présente donc comme le premier symptôme clinique important pour reconnaître l'aliénation mentale.

Le caractère, l'apparence extérieure de l'aliéné peuvent se présenter comme chez l'homme normal. Ce n'est qu'en analysant l'origine et les mobiles des faits psychiques, que nous pouvons savoir si nous avons affaire à un aliéné ou à un individu sain.

Mais, comme l'état délirant renferme les mêmes éléments que la vie intellectuelle normale, comme les mêmes lois régissent la liaison et la marche de ces éléments, l'observation des processus psychiques à l'état physiologique, ainsi que dans certaines conditions pathologiques de plus en plus fréquentes, nous fournit une série d'analogies précieuses à l'aide desquelles nous arrivons à pouvoir nous orienter dans la pathologie de l'âme, et à comprendre comment les associations d'idées morbides, les idées délirantes, les sentiments délirants et les aspirations de la folie proprement dite ont pris naissance.

La vie quotidienne et ordinaire nous offre de ces analogies en nombre suffisant. De même que la santé et la maladie ne peuvent être séparées par une ligne de démarcation précise dans le domaine somatique où cependant des moyens physiques très précis servent d'échelle de diagnostic, de même, dans le domaine psychique, nous ne pouvons pas non plus tracer cette démarcation précise; au contraire, nous avons tout sujet de ne pas fixer trop nettement cette limite du domaine physiologique.

Dans la plupart des cas, au début des maladies psychiques, le point capital du tableau symptomatologique n'est pas dans les troubles intellectuels, mais dans des émotions, dans des états d'esprit non motivés ou

insuffisamment motivés, dans des passions, des phénomènes d'irritabilité anormale. Il est tout indiqué de comparer ces états pathologiques du caractère aux émotions qui se produisent dans la vie physiologique [1].

Notre caractère ordinaire, la marche tranquille de nos sentiments peuvent subir un ébranlement tumultueux. Nous parlons alors d'émotions et nous distinguons, selon que le fait causal amène un arrêt ou une exaltation de nos forces psychiques, des émotions dépressives (de la consternation, de la honte, du souci, du chagrin, de l'ennui), ou des émotions expansives (de la joie, de la gaîté bruyante, de la jubilation). Correspondant à ces deux états émotifs de la vie physiologique, il y a aussi dans le domaine pathologique deux états émotifs : l'état mélancolique et l'état maniaque.

Mettons en présence l'un de l'autre un homme normal plongé dans l'émotion douloureuse et un mélancolique; au premier abord nous ne trouverons entre les deux aucune différence sensible, du moins en ce qui concerne les symptômes extérieurs. Chez tous les deux on trouve la même expression physiologique de la douleur morale, le même abattement douloureux. Tous deux sont livrés à l'obsession de leurs idées et de leurs sentiments douloureux, tous deux sont incapables de s'intéresser à quoi que ce soit en dehors de la sphère de ces idées obsédantes, incapables de vaquer à leurs affaires et de remplir leurs devoirs quotidiens; chez tous les deux le sommeil s'en ressent, l'appétit diminue, l'activité des mouvements péristaltiques intestinaux s'abaisse ainsi que la nutrition générale. La différence essentielle entre l'homme normal qui est douloureusement affecté et le mélancolique consiste tout d'abord dans le fait que chez le premier la douleur mentale est motivée et qu'elle est la réaction physiologique d'un élément extérieur, tandis que chez le second la douleur n'est pas motivée ou l'est insuffisamment par un fait extérieur et par conséquent est créée par des phénomènes intérieurs ; le mélancolique s'imagine quelque chose, son organe psychique devenu malade lui montre des tableaux et des représentations qui ne correspondent pas à la réalité et sa conscience est trop obscurcie pour qu'il puisse reconnaître la fausse monnaie avec laquelle il compte.

Cette confusion entre la douleur psychique motivée et la lypémanie est trop souvent commise par les profanes qui ne s'en tiennent qu'aux traits extérieurs et aux analogies du phénomène. Cette confusion est d'autant plus facile que souvent la lypémanie est due à une émotion dépressive bien motivée, physiologique au début; elle passe imperceptiblement à l'état pathologique et alors disparaît la différence fondamentale qui existe entre le processus physiologique motivé et le fait spontané psychique et pathologique.

La différence fondamentale qui existe entre ces deux états ressort aussi de l'insuccès des profanes qui prennent la dépression pour un état physiologique et qui comptent sur l'influence du temps, sur la disparition de la cause déprimante, sur la renaissance de l'espoir, sur la distraction et l'égaiement du déprimé.

[1] Voir Griesinger. *Pathologie und Therapie der psych. Krankheiten*, p. 61.

Tandis que cet espoir se réalise chez l'individu physiologiquement déprimé, c'est le contraire qui se produit chez le mélancolique. Les paroles consolantes ne font que l'aigrir davantage, la distraction ne produit aucun effet ou même l'irrite; quand on tente de le convaincre par la logique qu'il n'est pas ruiné, qu'aucun danger ne le menace, etc., le calme peut revenir momentanément, mais un instant après il manifeste une nouvelle idée fixe, par exemple qu'il est un grand criminel.

C'est que la cause de ses sentiments et de ses idées morbides est une maladie cérébrale organique et non psychologique.

Les mêmes analogies se présentent quand on compare l'émotion expansive de l'homme normal avec l'état du maniaque, quand cette émotion a atteint un certain degré; pourtant nous ne devons pas prendre comme objet de notre observation l'homme très civilisé qui a l'habitude de maîtriser ses sentiments; mais il faut considérer un enfant ou un homme naturel qui n'est pas encore expérimenté dans l'art de dompter ses sentiments ou du moins un homme civilisé chez qui l'émotion est devenue si puissante, si écrasante qu'elle rompt toutes les barrières opposées par les mœurs et les convenances à l'exubérance de la manifestation. Mettons-nous à la place de l'amoureux qui sans s'y attendre arrive tout d'un coup au but de ses désirs, dans la situation d'un homme voué à une mort certaine et qui est sauvé inopinément, dans celle d'un avare qui apprend qu'il a gagné le gros lot; tous ces êtres pendant un instant au moins ne différeront dans leur apparence en rien du maniaque; leur joie débordante se manifestera par des sauts, des folâtreries, une jubilation effrénée, un débordement d'ivresse; il y a même un certain désordre des idées, des paroles confuses, des exclamations saccadées, de l'incohérence des idées.

Chez l'homme heureux l'orage passe vite, l'influence du temps se fait sentir rapidement; chez le maniaque le trouble, dû à une cause organique, dure pendant des semaines, des mois et même jusqu'à l'épuisement du malade.

L'étude des émotions physiologiques fournit dans tous les cas des points de repère et de comparaison très précieux pour ce qui se passe dans la folie émotive; et même, quand on examine de plus près, on ne trouve pas une ligne de démarcation précise entre les émotions qui sont encore du domaine physiologique et celles qui, bien qu'ayant en apparence un motif futile, prennent par leur intensité, leur durée et la perte temporaire de la conscience de l'individu, un caractère pathologique, émotions telles qu'on en observe dans certaines organisations morbides du cerveau et dans les maladies nerveuses (épilepsie, etc.).

On se convaincra encore combien est vague la frontière qui sépare l'esprit sain de la maladie mentale si l'on observe une catégorie d'hommes très nombreux dans la vie publique comme dans la vie privée et qui sont très différemment jugés dans le monde, de sorte que l'appréciation qu'on en fait va aux deux extrêmes : on les prend pour des fous ou pour des génies[1].

[1] Voir l'excellente comparaison entre l'homme de génie et le fou, chez Maudsley, *Phys. et pathologie de l'esprit.*

On trouve chez cette catégorie d'individus des particularités dans leur manière de penser, de sentir, d'agir; ils réagissent sous l'influence de stimulants qui pour d'autres n'existent pas, et cette réaction se fait d'une manière insolite, étrange, qui fait mériter à ces individus le nom d'excentriques sinon de fous, uniquement par la seule raison que l'immense majorité des hommes sent et agit autrement qu'eux. Les associations d'idées de ces gens-là sont aussi insolites; ils relient les choses par des rapports étranges, insolites, nouveaux, quelquefois intéressants et même indiquant un progrès. Mais, même dans les cas les plus favorables, ils ne sont pas capables de tirer profit de ces nouvelles idées. Ces hommes ne sont pas encore des aliénés, mais il y a chez eux quelque chose qui cloche. Ils sont arrivés au seuil de l'aliénation mentale et représentent la transition vers elle.

On n'arrive à la compréhension de ces natures problématiques qu'en explorant leur origine. Ordinairement ce sont des descendants de fous, ou du moins il y a des aliénés parmi leurs consanguins. Par l'étude et la compréhension de cette catégorie de gens, la psychiatrie s'élève bien au-dessus de l'horizon étroit d'une science spéciale et devient une science auxiliaire importante pour l'histoire naturelle de l'esprit humain.

On trouve un nombre considérable de ces pseudo-génies dans la vie publique, tantôt dans le domaine inoffensif des auteurs d'inventions importantes, de projets d'utilité publique, impossibles à réaliser, tantôt sur le terrain de la politique d'Etat et d'Eglise.

De leurs rangs sortent ces inventeurs brouillons, utopistes, héros de révolutions, créateurs de nouvelles sectes aux projets desquels une époque agitée prête une oreille complaisante mais dont l'aurore est fatalement fragile car ils ne sont que l'éclair d'esprit d'une tête inductive mais confuse et non pas le produit d'un esprit de génie mûri et développé par la culture (Maudsley). L'étude de ces natures problématiques nous rend plus facile la compréhension de certaines formes de folie (paranoia) dans lesquelles aussi on remarque que certains efforts ne visent qu'un côté de la chose et que certaines théories absurdes prennent la prédominance sur toutes les autres pensées et arrivent à l'état d'idée fixe. Souvent, chez ces êtres bizarres, l'état paranoïque (folie) se développe réellement bien qu'imperceptiblement au cours de leur vie.

Les phénomènes observés dans les songes offrent une analogie très intéressante avec l'état délirant[1].

Il existe, il est vrai, une différence fondamentale entre le rêve et la folie, le premier étant un phénomène du sommeil et le second de l'état de veille; cependant il ne faut pas oublier que nos rêves sont plus vifs quand nous nous trouvons dans le demi-sommeil et que les états de somnolence et de somnambulisme sont des états de transition entre le sommeil et l'état de veille. Ce qui rend les phénomènes de la vie des songes particulièrement

[1] Moreau, *Anal. méd. psychol.*, 1855, p. 361. — Maury, *Ibid.*, p. 404. — Griesinger, *Op. cit.*, p. 108. — Spitta, *Schlaf-und Traumzustände*, 2e édition, 1892.

instructifs pour la compréhension de certains états délirants, c'est cette circonstance que dans les deux cas la production des représentations et des phénomènes sensitifs a lieu la plupart du temps par une excitation intérieure spontanée, tandis que, à l'état de veille et à l'état de santé mentale, elle a lieu par des perceptions extérieures et des associations d'idées.

On peut désigner comme causes de l'excitation spontanée et automatique des centres représentatifs cérébraux, certaines excitations intérieures (modifications du sang); les effets de ce genre d'excitation sont des représentations qui ne répondent point à la réalité (délires) et des hallucinations.

Dans les deux états l'excitation automatique et constante produit des représentations disparates; l'association d'idées qui par ce fait est constamment dérangée et en outre très réduite dans ses effets, ne peut plus lier les conceptions l'une à l'autre d'après leur contenu logique; elle peut tout au plus les ranger l'une après l'autre d'après une similitude superficielle (qui souvent ne consiste que dans l'assonance des mots), et c'est ce qui donne lieu à cette confusion et à cette incohérence qui caractérisent aussi bien le rêve que certains états de folie.

Une autre analogie frappante entre ces deux états consiste dans la transformation et l'exagération fantastiques que subissent chez l'homme qui rêve aussi bien que chez l'aliéné certaines impressions provenant du monde extérieur ou physique et parvenant à la conscience.

En rêve, un coup d'épingle devient un coup d'épée, le poids d'une couverture le poids d'une montagne; un membre engourdi devient un membre paralysé, les angoisses physiques provenant de troubles de la respiration donnent lieu à des histoires fantastiques, à des cauchemars où l'on se croit enterré vivant; il en est de même des sensations des aliénés qui souvent, après élaboration et transformation, deviennent des idées monomaniaques des plus fantastiques. Une autre analogie entre ces deux états existe dans le cas très fréquent où la personnalité de l'individu se scinde en deux. L'aliéné attribue quelquefois ses propres idées à une autre personnalité (démonomanie), de même que dans nos songes nous prêtons à d'autres personnes des conceptions contradictoires émanant de nous et nous discutons à ce sujet.

Ce qui est surtout curieux chez l'aliéné c'est que, en dépit du témoignage des sens et malgré toutes les expériences acquises, il soutient les choses les plus fictives; il ne peut pas rectifier ni redresser les choses les plus insensées et physiquement les plus absurdes que son cerveau malade lui fait voir.

Le même phénomène arrive dans nos rêves. Nous assistons aux choses les plus absurdes, les plus contradictoires, sans en mettre en doute la réalité; tout au plus nous en étonnons-nous comme l'aliéné; nous avons, il est vrai, par moments, le soupçon que ce qui se passe doit être un rêve, de même que l'aliéné, dans un moment passager de lucidum intervallum, arrive à reconnaître ses erreurs et à avoir conscience de sa maladie.

Dans le rêve, la cause de ce phénomène, c'est l'abolition de l'activité supérieure psychique qui produit les processus de conclusion et de jugement, ainsi que l'absence de contrôle des sens qui sont fermés au monde extérieur.

Chez l'aliéné la rectification de l'erreur est impossible à cause de la maladie de l'organe psychique, à cause du trouble de la conscience qui en résulte et du faussement de celle-ci par des perceptions sensorielles subjectives, c'est-à-dire par des hallucinations.

Il faut encore remarquer tout particulièrement que les rêves agréables de l'homme sain, de même que les délires joyeux de l'aliéné, sont beaucoup plus rares que les rêves et les délires tristes. D'après l'expérience les rêves agréables sont les plus fréquents aux périodes d'épuisement physique et intellectuel. Nous retrouvons le même phénomène chez l'aliéné chez qui le délire des grandeurs accompagne dans la plupart des cas des processus cérébraux très graves conduisant à la décadence et à la démence, et devient ainsi un symptôme très dangereux.

L'analogie des états de conscience dans le rêve et dans certaines formes de la folie semble être confirmée par la déclaration de beaucoup d'aliénés guéris qui disent que toute l'histoire de leur maladie passée est présente à leur mémoire comme le souvenir d'un rêve.

La guérison de la folie aussi ressemble en beaucoup de points au réveil au sortir d'un rêve. Parfois elle est subite; c'est comme si des écailles tombaient des yeux du malade qui reconnaît tout de suite qu'il était en délire; plus souvent ce retour ne se fait que peu à peu. Comme dans les tableaux des rêves de la somnolence, des lambeaux de conceptions délirantes s'effilochent et passent à travers la lucidité revenue, de sorte que le convalescent n'arrive à se rendre compte de la maladie et de ses effets qu'au moyen d'un travail d'épuration pénible et laborieux, après une lutte entre le monde des représentations imaginaires et celui des conceptions réelles.

L'analogie la plus frappante et la plus vive avec l'état délirant, nous est fournie par l'intoxication alcoolique aiguë [1]. Ici nous retrouvons toutes les formes de la folie, depuis ces états légèrement mélancoliques tels que nous les présente parfois l'ivresse, sous forme de tristesse noire, jusqu'à ces phases extrêmes avec suppression complète des fonctions psychiques comme cela n'existe pas même dans l'état d'idiotie terminale.

Mais la forme la plus grave de l'aliénation mentale, la démence paralytique se trouve aussi souvent fidèlement reproduite dans le tableau de l'ivresse que dans les cas accidentels; seule l'anamnèse nous permet de dire si nous avons affaire à la paralysie alcoolique aiguë curable ou à la paralysie incurable du fou.

Au fond, l'ivresse n'est pas autre chose qu'une folie artificielle et nous pouvons y constater deux faits psychiatriques fondamentaux : le premier

[1] Casper, *Lehrb. d. gerichtl. med. Biol. Theil.*, p. 454. — Bayle, *Annal. méd. psychol.*, 1856, p. 433. — Lasègue, *Archiv génér.*, 1853, I, p. 49. — Griesinger, *Op. cit.*, p. 411.

est que, suivant les conditions constitutionnelles, la même cause peut produire des types de maladies tout à fait différentes les uns des autres ; le second, c'est que des états d'agitation précèdent ces états de paralysie psychique qui se présentent dans les périodes de l'ivresse complète et de l'idiotie terminale, dénouement fatal de l'aliénation mentale. Dans la plupart des cas, l'effet de l'alcool se manifeste au début par une légère excitation maniaque.

Tous les mouvements physiques et intellectuels sont animés, le cours des pensées est plus rapide. Le taciturne devient bavard, le calme s'agite. La confiance en soi-même mène à l'audace, aux manières hardies, à la gaieté. On éprouve un plus grand besoin de mouvement musculaire, une véritable poussée de mouvement se manifeste par des chants, des cris, des rires, des danses et toutes sortes d'actes espiègles souvent inutiles.

On connaît encore les lois de la convenance, on tient compte de la forme, des mœurs, et l'on exerce un certain empire sur soi-même. Mais, à mesure que les effets de l'alcool augmentent, on voit s'effacer, chez l'ivrogne aussi bien que chez le fou furieux, une série de représentations esthétiques et de jugements moraux qui d'habitude servent de contrôle et de frein au moi normal.

Dans cette phase l'ivrogne se laisse complètement aller, étale ses défauts de caractère et ses secrets — in vino veritas —, passe outre à la morale et aux convenances, devient cynique, brutal, querelleur et violent. Il perd aussi la faculté de juger son propre état, il se croit aussi peu ivre que l'aliéné se croit fou, et il se fâche si on lui donne le vrai diagnostic de son état.

Enfin il arrive à un état de faiblesse psychique, à un trouble grave de la conscience ; des hallucinations, une confusion et un état de profonde stupeur, d'idiotie avec bégaiement, démarche chancelante, mouvements incertains, terminent cette scène écœurante, tout à fait comme chez le paralytique.

La ressemblance entre la folie artificielle et la folie réelle ressort encore de ce fait que parfois, par suite d'une disposition particulière, l'ivresse évolue dès le début comme un délire aigu ou comme une frénésie transitoire, de même que par-ci par-là un cas d'ébriété devient la première cause d'une aliénation mentale durable qui en naît directement.

DEUXIEME PARTIE

COUP D'ŒIL RÉTROSPECTIF SUR L'HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE COMME SCIENCE[1]

Cette opinion éclairée d'après laquelle le cerveau est l'organe des phénomènes psychiques et l'aliénation mentale une maladie cérébrale, est le résultat d'un progrès scientifique qu'on peut ranger parmi les plus grandes conquêtes de l'esprit humain.

L'histoire de la psychiatrie, en nous montrant cette grande et lumineuse méthode, nous fait connaître les difficultés qu'il a fallu surmonter et fait pardonner à ce jeune rameau de la science médicale de ne disposer que d'une quantité relativement minime de science positive. Elle nous fait en outre mieux comprendre bien des questions discutées et soulevées à notre époque et nous ouvre des perspectives vers les aspirations et les expériences de l'avenir.

L'histoire de l'art de guérir la folie est en même temps une des pages les plus intéressantes de l'histoire de la civilisation humaine. Elle nous explique les erreurs les plus grossières, les individus torturés, possédés, ensorcelés, qui cependant n'étaient que des malades cérébraux ; la barbarie des siècles passés qui a laissé pourrir dans les prisons les aliénés ; enfermés avec les plus grands criminels, chargés de fers, ils étaient livrés à la merci, à la brutalité et à l'ignorance d'un geôlier qui ne comprenait pas le langage de la souffrance ou qui n'avait pas de pitié pour les douleurs d'autrui et fouettait sans miséricorde ces malheureux.

Elle nous racontera aussi le combat long et difficile, mais finalement victorieux, que la science et l'humanitarisme ont livré contre l'erreur, la brutalité et la superstition.

Il s'agissait de rien moins que de supprimer des préjugés enracinés depuis des siècles et qui faisaient voir dans le malheureux aliéné un être

[1] Friedreich, *Literargeschichte der psych. Krankheiten*, 1830. — Lasègue, *Annal. médico-psychol.*, 1835. — Semelaigne, *Journ. de méd. mentale*, 1863-1865. — Bucknill and Tuke, *Manual of psychol. medicine*, 1862. — Falk, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 23.

abruti, un mort intellectuel, rebut de la société, un criminel. Les résultats de cette campagne furent l'établissement de la psychiatrie comme science et les soins donnés aux plus malheureux de nos frères dans des établissements utiles et humanitaires.

L'histoire de la psychiatrie ne constitue qu'un court chapitre de l'histoire des troubles mentaux de la race humaine.

La diversité des causes de ces maladies nous permet de supposer que, même aux époques les plus primitives de l'humanité, il y avait des aberrations mentales, mais un voile épais couvre la vie et les souffrances de ceux qui, dans ces temps d'erreur, ont succombé sous leur propre délire et leur propre aberration mentale.

CHAPITRE PREMIER

LA PSYCHIATRIE DANS L'ANTIQUITÉ

L'histoire de l'aliénation mentale se perd dans l'antiquité la plus reculée. Ce que nous savons des maladies mentales de ces époques lointaines, se borne aux indications incidemment données dans l'Ancien Testament et dans les ouvrages des poètes. Ainsi, il y est dit que l'esprit du Seigneur s'éloigna de Saül et qu'un esprit méchant l'inquiétait; qu'ensuite, dans ses accès de trouble d'esprit, David le calmait en jouant de la harpe. Le livre de Daniel rapporte que Nabuchodonosor, roi de Babylone, se croyait changé en bête, qu'il fut répudié par les hommes, qu'il mangeait de l'herbe comme les bœufs, qu'il couchait en plein air et que son corps fut mouillé par la rosée, que ses cheveux poussèrent comme des plumes d'aigle et que ses ongles devinrent comme des griffes d'oiseau. Un exemple qui montre que déjà dans l'antiquité on simulait la folie, est celui de David qui, par peur de la colère du roi Aschisch, a simulé la folie et a réussi dans ses desseins.

Les ouvrages des poètes ne sont pas moins riches en exemples. Le rusé Ulysse aussi fait le fou pour ne pas être obligé de prendre part à la campagne de Troie ; Ajax, le héros de l'*Iliade*, est tourmenté par des Furies, c'est-à-dire pris de délire furieux, et il se précipite sur son glaive; des exemples de mélancolie sont offerts par Œdipe et Oreste qui, d'après les idées poétiques de cette époque, sont poursuivis par les Euménides ; enfin la folie du roi Lycaon d'Arcadie est un cas de lycanthropie.

Nous pouvons supposer qu'à une époque où les sciences naturelles étaient si peu développées, l'appréciation juste de ces états intellectuels anormaux manquait absolument et que l'état morbide fut dans la plupart des cas attribué à l'influence surnaturelle de puissances mystérieuses, de dieux ou de méchants démons. Le traitement de ces malades, si traitement il y avait, se bornait donc à des cérémonies religieuses, des conjurations, des procédés de sorcellerie.

Ces malades ont été vénérés comme des saints ainsi que cela a encore lieu à notre époque dans certains pays de l'Orient. On essayait de les influencer religieusement, comme dans l'ancienne Egypte où l'on envoyait les mélancoliques dans des temples consacrés à Saturne.

C'est dans cet état que resta la psychiatrie jusqu'à l'avènement d'Hippocrate (460 av. J.-C.). Avec lui elle prend un développement scientifique ; il l'arrache aux mains des prêtres qui traitaient les malades dans des temples consacrés à Asclepias et qui donnaient des consultations sous forme d'oracles.

La théorie hippocratique des maladies mentales peut se résumer et se traduire dans notre langage scientifique moderne par les propositions suivantes : le cerveau est le siège de l'activité de l'âme et, comme tous les autres organes, il est exposé aux causes naturelles de maladie. Les maladies mentales proviennent d'anomalies du cerveau.

Hippocrate est, comme on sait, le père de la pathologie humorale. Les changements morbides dans ce qu'il suppose être les quatre humeurs cardinales (sang, glaire, bile noire et bile jaune) sont, selon lui, les causes principales de la folie. L'importance de la prédisposition héréditaire n'a pas échappé à son coup d'œil génial ; il admet aussi les maladies chroniques et aiguës des organes végétatifs comme causes des troubles psychiques. Evidemment Hippocrate ne sépare pas la folie proprement dite du délire fébrile et il les comprend toutes les deux dans la désignation commune de phrenitis. La folie se manifeste brusquement et finit rapidement, ou bien elle dure longtemps.

Il y a aussi des individus qui sont aux frontières de la folie, mais qu'on ne peut pas appeler proprement des aliénés. Parmi les maladies mentales, il connaît la mélancolie, les états de folie furieuse et l'imbécillité. Des douleurs nerveuses, notamment des crampes, s'ajoutent facilement à la folie, et alors le pronostic est défavorable. Du reste, les maladies mentales sont pour la plupart guérissables et rarement mortelles. La cure est somatique, c'est-à-dire qu'on emploie des drogues et la diète. Mais on ne doit jamais laisser hors de compte les tempéraments sur le terrain desquels le trouble mental se développe. Dans la plupart des cas c'est le tempérament mélancolique, c'est-à-dire à bile noire, qui prévaut; voilà pourquoi Hippocrate emploie un traitement dérivatif au moyen de l'ellébore qui, dans l'antiquité, a joué un rôle important dans les maladies psychiques. Les autres moyens sont la saignée, les vomitifs, une diète rigoureuse et le repos.

Il ressort de ces indications que le médecin de génie de l'antiquité n'était pas trop éloigné de notre manière de voir actuelle. Dans tous les cas, il fut le premier qui reconnut clairement que, dans les cas de maladies mentales, c'est le cerveau qui est atteint, et que ces maladies, loin d'être des phénomènes surnaturels, ne sont que des troubles physiques, comme les autres maladies. La doctrine hippocratique est devenue une théorie fixe pour ses successeurs ; mais un certain progrès se fait sentir dans cette voie d'une manière incontestable. Arétée (60 ap. J.-C.) nous donne une bonne description de la mélancolie et de la manie ; il élargit le diagnostic et le pronostic. Pour l'étiologie il s'est placé tout à fait sur le terrain de son grand prédécesseur.

Galien (160 ap. J.-C.) aussi s'attache à cette thèse que l'aliénation men-

tale n'est qu'une maladie cérébrale. Sa doctrine fait un progrès dans ce sens que Galien considère l'aliénation aussi bien comme une maladie primitive du cerveau que comme une maladie d'origine deutéropathique par ulcération d'autres organes, notamment les organes abdominaux. Il a aussi établi une distinction nette entre les délires fébriles (phrenitis) et la folie proprement dite.

Cœlius Aurelianus, contemporain de Trajan et d'Adrien, fait une apparition remarquable dans le domaine psychiatrique. Il considère les diverses formes des maladies chroniques comme n'étant au fond que des variétés de la même maladie; de plus, il s'est heureusement émancipé de la théorie hippocratique des humeurs cardinales. Il n'admet pour les maladies que des causes somatiques et psychiques. Sa méthode thérapeutique est plus nette et plus précise que celle de tous ses prédécesseurs. Il repousse presque complètement les moyens coercitifs. Il insiste avec énergie sur cette thèse que les maladies mentales ne sont que des maladies cérébrales dans lesquelles prédominent les symptômes psychiques et que par conséquent elles rentrent dans le domaine du médecin, aucun philosophe n'ayant encore pu obtenir une guérison. Avec Cœlius Aurelianus s'arrête cet essor plein de promesses qu'avait pris si vite la psychiatrie avec ces remarquables médecins grecs et romains.

CHAPITRE II

LA PSYCHIATRIE AU MOYEN AGE

La disparition de l'ancien empire romain avec sa civilisation, la migration des peuples n'étaient nullement propices aux progrès des sciences. La médecine tombe en décadence et végète péniblement dans les couvents, chez les Arabes et dans les écoles professionnelles, comme celle de Salerne. Bien entendu la réaction se fait surtout sentir sur le terrain le plus obscur de la médecine, la psychiatrie.

Les recherches empiriques et scientifiques sont remplacées par la charlatanerie, le mysticisme et la superstition la plus grossière. Les idées du Nouveau Testament, qui considère l'aliéné comme un possédé du démon, ne sont guère favorables aux idées éclairées; aussi ne devons-nous pas nous étonner de ce que la thérapeutique comprît alors des exorcismes, des jeûnes, des formules de conjuration, des remèdes de bourreau, même des tortures et la peine de mort.

Aussi les illusions de ces siècles d'obscurantisme se reflétaient fidèlement dans le délire des malheureux malades qui, au moyen âge, présentaient pour la plupart les symptômes de la démonomanie.

Le traitement des aliénés fut confié aux prêtres qui, pleins d'un fanatisme aveugle, ont répondu par le bûcher et la torture aux prétendues hantises des sorciers et du diable, ou bien ont essayé de chasser par de vigoureux exorcismes le méchant démon.

Innombrables sont les procès intentés pour sorcellerie, innombrables sont les malheureux, pour la plupart des mélancoliques, qui y ont trouvé la mort. Ainsi, dans la principauté électorale de Trèves, on exécuta en quelques années 6,500 individus qu'on prétendait ensorcelés.

Quant aux fous furieux qui ne sont pas moins dignes de pitié, on les tenait enchaînés comme des bêtes fauves dans des cachots ténébreux, jusqu'à ce qu'ils périssent dans la misère et dans l'ordure. Seul un petit nombre de malades, dont l'idée fixe n'avait rien de choquant pour l'Eglise, trouvaient parfois un refuge dans les couvents et dans les établissements religieux.

Ainsi le sort des aliénés resta le même pendant des siècles. Bien que

Charlemagne eût déjà défendu de brûler les sorcières et que le noble Wier, en 1515, eût adressé à l'Empereur et aux Etats de l'Empire une pétition demandant d'épargner le sang des sorcières qui ne sont que des mélancoliques, des folles, des hystériques, ces voix isolées n'étaient pas capables de convertir la masse inerte et superstitieuse dont les préjugés furent encore entretenus et alimentés par l'Eglise. De là vient que l'usage des procès de sorcellerie dura jusqu'au XVIIIe siècle.

A l'époque de la réforme commence aussi pour la médecine une période plus heureuse. Mais il a fallu longtemps pour qu'elle sortît victorieuse de sa lutte contre la superstition, le mysticisme et la scolastique, qu'elle se délivrât des liens de l'Eglise et que la foi aveugle dans l'autorité des anciens fût démolie par les recherches positives d'un Vésale et la polémique d'un Paracelse.

Déjà, au XVIe siècle, des opinions plus saines commencent à poindre dans le domaine de la psychiatrie. Les efforts brillants de Wier trouvent un appui chez Porta et Zacchia. On trouve un commencement d'analyse scientifique de la psychiatrie dans les ouvrages de Prosper Alpin, Mercurialis, Bellini, Fernelius. Félix Plater (1537-1614) tente même de faire une classification des maladies mentales.

L'influence de Bacon et de Harvey marque le début d'un essor des sciences naturelles.

Dans le domaine de la psychiatrie ces débuts sont puérils. Pendant longtemps encore on discute la question de savoir si l'aliéné est un être possédé de mauvais esprits et qu'on doit abandonner aux soins des prêtres ou si c'est un malade qui relève de la médecine.

Les plus éclairés parmi les médecins sont encore divisés sur la question de savoir si l'aliénation mentale n'est pas au fond la conséquence de la corruption des humeurs cardinales d'Hippocrate. On ne fait pas de tentatives de guérison ou l'on en fait de bien ineptes; ces essais montrent à quel degré se trouvait alors la science.

De même qu'autrefois on chassait le diable, les médecins essaient de chasser l'idée fixe dont ils ne connaissent ni l'origine ni la signification. Ils emploient à cet effet les stratagèmes les plus ridicules. Un malade qui se prétend sans tête, est guéri, d'après ce qu'on raconte, parce qu'on lui a mis sur la tête une casquette de plomb. A une femme hystérique qui prétend avoir un serpent dans le ventre, on donne un vomitif et on glisse un lézard dans la matière vomie. Un malade qui se sent tellement refroidi qu'il croit que seul le feu pourrait lui rendre sa chaleur naturelle, est cousu dans une fourrure par Zacutus Lusitanus (1571-1642) qui met ensuite le feu à cette fourrure.

Stenzel, dans son histoire de la Prusse, nous a tracé un tableau qui caractérise bien ces époques de souffrance.

Il s'agit de Jean-Guillaume, duc de Julich, fils de Guillaume le Riche et de Marie d'Autriche, qui tous les deux ont eu le malheur d'être frappés d'aliénation mentale. Le duc était imbécile dès sa jeunesse et jamais il ne fut capable de gouverner son pays. Avant de devenir complètement fou, il fut

tourmenté par l'idée nullement fondée qu'on voulait l'assassiner, ce qui lui fit passer bien des nuits revêtu de son armure et sans dormir.

Quand, dans un accès d'angoisse, il avait assailli et blessé plusieurs gens de la cour, on était obligé de l'enfermer. Sur le conseil d'un prêtre et d'une religieuse, on fit coudre l'Evangile de saint Jean dans la doublure du pourpoint du duc, on lui donna des hosties consacrées avec sa nourriture, mais tout cela resta sans effet; les exorcismes des moines, bien payés d'ailleurs, étaient aussi infructueux. On demanda conseil aux médecins, mais ceux-ci ne surent rien proposer contre le mal. Alors on abandonna le duc à lui-même, et il demeura enfermé jusqu'à ce que la mort le délivrât.

Tel était l'état de la thérapeutique, il y a quelques siècles; la plupart des aliénés restaient abandonnés à eux-mêmes, sans défense, sans droits, livrés à la mort, faute de soins, ou même à la persécution.

En 1573, une décision du Parlement anglais permettait encore aux paysans de faire une chasse à ceux qu'on appelait alors des loups-garous, parce que, dans leur monomanie, ils disaient être des bêtes sauvages et erraient dans les forêts. Un malade de Padoue croyait être un loup-garou; pour répondre aux objections qu'on lui faisait, il prétendit que sa fourrure était tournée en dedans; les médecins, pour voir s'il disait vrai, lui coupèrent les bras et les jambes, et il mourut de la perte de sang.

Dans certains pays, on appelait les aliénés « hommes d'Abraham ». On les évitait en général ; par-ci par-là un sentiment de pitié mélangé de peur superstitieuse se manifestait à leur égard et leur faisait donner quelque nourriture et un gîte. Les bourreaux et les exorcistes remplaçaient près de la plus grande partie des aliénés de cette époque les médecins aliénistes d'aujourd'hui.

La richesse et les hautes positions sociales ne pouvaient protéger contre les préjugés et l'ignorance de cette époque; nous en trouvons la preuve dans les biographies de personnages considérables que nous a gardées l'histoire : la malheureuse Jeanne de Castille, la fondatrice de la dynastie autrichienne, qui, après la mort de son mari Philippe le Bel, devint folle, et serait morte dans l'ordure si le cardinal Ximenès ne l'avait prise sous sa protection; son arrière-petit-fils Rodolphe II qui n'eut guère un meilleur sort.

CHAPITRE III

TRANSFORMATION DE LA PSYCHIATRIE A PARTIR DU XVIIIe SIÈCLE

Jusqu'au milieu du XVIIIe siècle le sort des aliénés fut bien triste. Bien qu'on fût déjà arrivé à des idées plus éclairées sur la nature de cette maladie mystérieuse et que des médecins intelligents eussent pressenti qu'il ne s'agissait là que de troubles morbides de l'activité cérébrale et nerveuse, on ignorait pourtant ce fait important que ces maladies sont guérissables comme beaucoup d'autres, quand on les reconnaît à temps et qu'on les soumet à un traitement rationnel.

Tant que cette vérité ne fut pas reconnue, la société considéra les aliénés comme des membres perdus ; l'Etat voyait en eux une charge et un danger et se sentait tout à fait rassuré quand, guidé par le préjugé qu'ils étaient inguérissables, il les savait enfermés comme des êtres dangereux et confiés à la garde des geôliers.

Telle était la situation à l'époque des petites-maisons et des prisons de fous, dont Kaulbach nous a fait un tableau curieux [1].

Mais les temps devaient changer. De plus en plus énergique et pressante devint la voix des médecins et des philanthropes qui, tout d'abord, au point de vue humanitaire, exigèrent qu'on considérât dans le fou,

[1] En France les premières initiatives pour transformer les petites-maisons de maisons de correction et de prisons qu'elles étaient en sanatoria, datent de 1780. Il paraît que la première impulsion dans ce sens a été donnée par les philanthropes John Howard et l'empereur Joseph qui, à cette époque, faisait un voyage en France. Le christianisme ne portait aucun intérêt aux aliénés qu'il considérait, dans la plupart des cas, comme des êtres possédés du diable. L'habitude de soigner les aliénés fut empruntée aux Turcs, qui longtemps avant les chrétiens, avaient des endroits pour garder les fous. Les moines de l'ordre de la Mersi qui, à cause du rachat des prisonniers chrétiens, étaient en relations fréquentes avec les Musulmans, apprirent à connaître ces établissements et ils fondèrent à Valence, en Espagne, en 1409, le premier asile d'aliénés, d'après le modèle oriental. Bientôt Saragosse, Séville, Valladolid et Tolède suivirent cet exemple. Le premier asile musulman fut celui de Fez qui, d'après Léon l'Africain, existait déjà au VIIe siècle. Grâce aux Espagnols, l'usage de soigner les aliénés se répandit en Italie où l'on fonda des asiles à Bergame vers l'an 1352, à Florence en 1387, à Rome en 1584. Au commencement du XVIIe siècle, les hôpitaux, en France, commencèrent à recueillir les fous pour les garder. En 1660, on affecta l'Hôtel-Dieu à cet effet. A cette époque la ville de Paris ne faisait garder qu'environ 40 aliénés. En 1818 encore, Esquirol, dans un rapport au ministre, dit qu'en France les aliénés sont plus maltraités que les criminels et les bêtes (Rapport du service des aliénés de 1874, p. 2).

l'être humain, et qui, rappelant quelques cas isolés de guérisons que la nature avait opérées même dans les conditions très défavorables des petites-maisons, crurent à la possibilité de guérir les fous par l'amélioration de leur sort, amélioration qu'ils réclamèrent avec insistance aux autorités indolentes.

L'Angleterre fut le premier pays où l'on fit des tentatives de guérison en masse des aliénés ; vers le milieu du siècle passé on fonda, bien que d'une manière très primitive, l'hôpital de Saint-Luc à Londres. Cette fondation a eu lieu à une époque où sur le continent on ne connaissait que les maisons de correction, les prisons et les petites-maisons, pour garder les aliénés.

Le succès de l'établissement de Saint-Luc décida peu de temps après la communauté des Quakers de York à créer un asile spécial pour ses coreligionnaires, la Retreat, dans les environs de York.

En même temps, vers 1777, Cullen prit l'initiative de donner en Angleterre un développement scientifique à la psychiatrie ; il fut secondé et suivi dans ses efforts par des médecins comme Arnold, Pargeter, Haslam, Perfect.

En France, Lorry donna en 1765 un très bon ouvrage descriptif sur la folie ; mais ce fut surtout Pinel qui se consacra à l'étude des maladies psychiques. Au début, il est vrai, il fit ses recherches sous l'influence des idées philosophiques de Locke et de Condillac.

Son mérite impérissable c'est que, comme médecin, il a en 1792 délivré les malades de leurs chaînes, qu'il a appris à les traiter humainement et que par là il a donné la première impulsion à la réforme du traitement des fous, réforme qui a fait le tour de tous les pays civilisés[1].

En Allemagne, Langermann, nommé en 1810 directeur des affaires médicales en Prusse, a beaucoup fait pour la réforme des aliénés et a donné des travaux qui aidèrent au développement scientifique de la psychiatrie. Chez les Italiens, Chiarugi mérite une mention particulière ; son traité de psychiatrie a joui pendant longtemps d'une grande autorité ; même avant Pinel, il a demandé de rendre plus humain le traitement des aliénés.

Ce n'est qu'au XIXe siècle qu'on a pu voir la psychiatrie prendre un essor puissant et se lier intimement aux autres branches de la science médicale.

L'initiative de la réforme des soins à donner aux aliénés et des efforts pour rendre leur traitement plus humain, revient exclusivement aux Italiens, aux Français, aux Anglais ; mais toutes les nations civilisées doivent prendre part au mérite d'avoir préparé le développement de la psychiatrie comme science.

Le savant Esquirol fit en France une apparition remarquable ; il a traité des questions importantes, principalement de statistique, et il fut le premier clinicien français. Après lui, Georget, Bayle, Calmeil, Foville, Leuret ont

[1] On trouve dans le Rapport du service des aliénés de 1874, p. 18-38, des renseignements intéressants sur le traitement de la folie et la législation concernant les aliénés en France, depuis 1792.

apporté de précieuses études de détails cliniques et anatomiques ; nous devons aussi aux médecins français les premières connaissances exactes sur la paralysie des aliénés. Comme aliénistes éminents de l'époque contemporaine nous pouvons citer Morel, Falret père et fils, Brierre de Boismont, Legrand du Saulle et d'autres ; Ferrus et Parchappe se sont surtout distingués dans le domaine administratif.

La psychiatrie anglaise a produit à une époque antérieure des travaux remarquables dus à Cox, Willis, Ellis Prichard, et tout récemment, à Bucknill, Robertson, Maudsley, tandis que Conolly avait le mérite de faire le premier pas pour abolir la contrainte physique dans le traitement.

Dans les Pays-Bas, la psychiatrie a fait des progrès avec Schrœder van der Kolk, un remarquable anatomo-physiologiste et neuropathologue ; en Belgique, avec Guislain ; en Russie, avec Babinsky ; en Suède, avec Œhrstrœm, Kjellberg, Sandberg. En Allemagne des obstacles multiples s'opposèrent au développement de la psychiatrie comme science naturelle, notamment la tendance exclusivement métaphysique et psychologique qui s'est développée sous l'influence des doctrines de Kant et de la philosophie naturelle de Schelling.

Nous voyons travailler dans cette voie purement philosophico-psychologique des hommes comme Hoffbauer, Reil, Blumrœder, et avant tous Heinroth, professeur de psychiatrie à Leipzig. Il suffit d'esquisser les théories principales de ce dernier pour caractériser toute l'école.

Heinroth considérait l'âme comme une force libre, excitable par des stimulants, mais douée de la faculté de se diriger elle-même. Le corps pour lui n'était pas un être indépendant existant par lui-même, mais l'âme devenue organe physique. Le principe fondamental de l'âme est la liberté ; la source de son existence, c'est la raison. L'étiologie de Heinroth est éthique et religieuse. Tous les maux de l'homme viennent du péché, par conséquent les troubles de l'âme aussi. L'âme se rend malade elle-même. Les passions et le péché, c'est-à-dire le renoncement à Dieu, sont les causes des maladies psychiques. La partie la plus importante de la thérapeutique de ces maladies, c'est le traitement psychique, notamment la vie religieuse, le dévouement entier à Dieu et au bien. D'après Heinroth, la seule prophylaxie de l'aliénation mentale est la foi chrétienne.

Ce qui est curieux c'est que, malgré cette tendance mystico-religieuse, Heinroth a trouvé des partisans tout d'abord dans la personne de Beneke, qui ne se rallie pas, il est vrai, à cette manière de voir religieuse, mais qui cherche et trouve dans le domaine psychique pur ce qu'est l'aliénation mentale et qui par conséquent traite les psychoses à un point de vue psychologique trop exclusif.

Un autre représentant de cette tendance c'est Ideler qui, — malheureusement avec trop de dialectique et de subtilité, — envisage les troubles mentaux au point de vue purement éthique et les représente comme rien autre chose que des passions d'une exubérance morbide. Ces erreurs ne pouvaient manquer de provoquer une réaction légitime. Les principaux représentants de l'école scientifique qui luttèrent contre cette tendance spiri-

tualiste, éthique et psychologique, furent : Nasse, le célèbre clinicien de Bonn qui, avec son journal, fondé en 1818, donna la première impulsion ; ensuite Vering, Friedreich, Amelung qui, du moins, maintinrent l'opinion que le cerveau est le siège des maladies psychiques, et surtout Jacobi qui, dans son désir de trouver le terrain somatique de la folie, est allé jusqu'à placer le siège des maladies psychiques dans les organes extra-céphaliques. Jacobi n'a admis le trouble mental que comme un symptôme pouvant accompagner chaque maladie des organes végétatifs ; il n'a attribué qu'une importance relative à l'affection du cerveau qui, selon lui, n'est qu'une maladie secondaire.

Malgré cette étroitesse de vues, il a le mérite d'avoir préparé la voie à une méthode d'observation clinique et anatomique, basée sur les sciences naturelles, méthode qui fut riche en résultats. Grâce à lui l'attention fut dirigée sur les maladies et les troubles fonctionnels des organes végétatifs, maladies qui accompagnent l'état délirant et qui, au point de vue pathogénique, sont très importantes. Ainsi Jacobi a mis fin à la méthode d'observation philosophique et morale, spéculative et métaphysique.

Dans ces dernières années une activité très vive a été déployée sur le terrain de la science psychiatrique qui jusque-là était resté stérile et avait été si peu cultivé. Le sentiment humanitaire, en faisant des progrès, a créé des asiles d'aliénés bien dirigés, endroits très propices à l'observation des aliénés sur une vaste échelle ; les médecins de ces établissements, familiarisés avec tous les moyens de diagnostic et bien formés par cette méthode empirique qui a fait si brillamment ses preuves dans les autres sciences naturelles, ont partout fait des efforts pour utiliser, en vue de réformer la psychiatrie, les documents fournis par l'anatomie pathologique, la physiologie et la pathologie du système nerveux, l'anthropologie et la psychophysique. Flemming, Jessen et Zeller sont des observateurs de grand mérite sur le terrain purement médico-somatique ; c'est Zeller qui le premier a soutenu la thèse que les diverses formes de la folie ne sont que des périodes d'un même processus morbide. Il faut encore citer l'élève remarquable de Zeller, Griesinger dont le traité mémorable a été publié pour la première fois en 1845 ; dans ce livre l'auteur a d'une manière très ingénieuse réuni et rassemblé dans un système d'enseignement tous les résultats obtenus jusqu'alors par la méthode d'observation rigoureusement scientifique.

Ainsi, après une lutte longue et dure, la psychiatrie a conquis la place qui lui est due parmi les sciences naturelles et s'est épurée des scories philosophiques et métaphysiques dont elle était encore entachée.

Mais il faudra encore beaucoup travailler pour que la psychiatrie qui pour le moment ne peut prétendre qu'au titre de science descriptive, s'élève à la hauteur d'une science explicative. Il est vrai que, sur ce terrain, des problèmes en apparence insolubles se posent à l'intelligence humaine ; mais les résultats qu'on a obtenus depuis qu'on applique la méthode scientifique expérimentale, et les efforts des cliniciens remarquables de tous les pays dans les parties les plus divers de la psychiatrie, garantissent son

développement et d'heureux progrès, qui auront pour premier but réalisable de fusionner complètement la psychiatrie, du moins au point de vue de l'observation scientifique, avec la pathologie cérébrale.

A côté de la méthode d'observation clinique, malheureusement trop peu suivie encore, qui cherche aussi à étudier dans l'état délirant les phénomènes somatiques et spécialement les phénomènes pathologiques cérébraux et qui, par ce fait, devient une méthode d'observation neuropathologique, à côté de l'observation biologique et anthropologique qui pénètre dans les mystères de l'étiologie et de la pathogénie, ce sont les recherches anatomiques qui prépareront la voie pour la compréhension pathologique et qui conduiront la psychiatrie au but que nous venons d'indiquer plus haut.

Par la découverte des espaces lymphatiques, par l'étude de la circulation cérébrale, par l'étude de l'innervation de ses vaisseaux, la nouvelle méthode anatomico-physiologique a fait la lumière sur la circulation et sur la nutrition du cerveau. Malheureusement la chimie n'est pas encore en mesure de donner les lois et les résultats des mutations intraorganiques. La psychologie empirique, en partant d'une base psychologique exacte, prépare la compréhension des phénomènes psychologiques de la vie psychique, tandis que la psychiatrie clinique, en se basant sur les expériences de toute la neuropathologie, cherche à explorer, par la voie de l'observation clinique exacte et en s'armant de tous les moyens d'investigation, l'ensemble des phénomènes cérébraux pathologiques et à utiliser les résultats cliniques pour établir des types de maladies la folie réelles expérimentalement et pour les classer.

Les recherches les plus récentes de la physiologie expérimentale et de la pathologie sur ces faits que les phénomènes du mouvement, de la perception, des secrétions, de la formation de la chaleur, de l'innervation des vaisseaux, sont rattachés à certaines régions délimitées de l'écorce cérébrale, auront probablement une grande importance pour la psychiatrie. Tandis que, d'une part, elles confirment la thèse qu'il faut des maladies diffuses de l'écorce cérébrale pour provoquer des psychoses, elles permettent d'autre part de comprendre comment peuvent subsister certains troubles élémentaires psychiques, comme phénomènes d'excitation et d'abolition, en même temps que les fonctions psychiques restent intactes dans leur ensemble, de sorte que ces troubles élémentaires sont pour ainsi dire des phénomènes fonctionnels en foyer (aphasie, cécité d'âme, hallucinations isolées, etc.). On a fait aussi des essais, jusqu'à un certain point légitimes, pour interpréter les phénomènes psychopathiques en se basant sur les faits de localisation constatés récemment. Ainsi Wernike (*Über den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie*, 1880) explique la démence paralytique par les pertes progressives des images de souvenir et des conceptions de mouvement qu'ont reçues les divers centres moteurs et sensoriels de l'écorce cérébrale atrophiée (phénomènes d'absence) ; les troubles moteurs sont interprétés comme une perte des conceptions de mouvement. L'explication de la monomanie des grandeurs par un état d'excita-

tion dans le domaine des représentations des souvenirs qui constituent la personnalité, est un peu risquée. Une thèse beaucoup plus acceptable est celle qui attribue la confusion, la perplexité, le manque d'orientation et les émotions réactives des malades atteints de folie aiguë et de délire, au fait que les images des souvenirs ne répondent plus aux impressions venues du monde extérieur et que cette contradiction a lieu par suite d'un changement morbide des substrata matériels, des cellules ganglionnaires.

Envisagées sous le jour de la nouvelle physiologie de l'écorce cérébrale, les hallucinations seraient des phénomènes d'irritation produits dans les centres sensoriels correspondants (Wernike, Tamburini, Westphal), et l'impulsion motrice du fou furieux ne serait que l'effet des excitations des centres sensitivo-moteurs du cerveau antérieur (Wernike et autres). Crichthon Browne (*Brain*, oct. 1880) explique même l'agitation motrice de certains groupes de muscles chez les fous furieux par l'irritation des centres moteurs et comme une conséquence de l'hyperhémie locale.

Malheureusement les faits trop peu nombreux acquis par les recherches de l'anatomie pathologique, ne nous permettent pas de placer en face des types cliniques des constatations anatomo-pathologiques uniformes et de remplacer les dénominations clinico-symptomatologiques par une terminologie anatomo-pathologique.

LIVRE II

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES DE LA FOLIE

PREMIÈRE PARTIE

TROUBLES ÉLÉMENTAIRES DES FONCTIONS CÉRÉBRALES DANS LE DÉLIRE

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION DES TROUBLES ÉLÉMENTAIRES PSYCHIQUES[1]

L'observation clinique des états psychopathiques compliqués que la pathologie spéciale décrit comme des formes de la folie, suppose l'étude des troubles élémentaires dont le concours et l'action réciproque produisent précisément ces états psychopathiques. Au premier plan on trouve les anomalies psychiques, et, précisément parce qu'elles prédominent, elles donnent à la psychiatrie une place toute spéciale dans le domaine de la pathologie cérébrale.

L'observation de ces troubles psychiques élémentaires est non seulement précieuse parce qu'elle nous fait mieux comprendre les processus morbides de la folie, quand ces processus s'accumulent et forment des types complets de maladies ; elle est importante aussi pour la pathologie générale du système nerveux central, car ces troubles peuvent se présenter isolément et passagèrement dans d'autres affections cérébrales et nerveuses qu'on ne peut rigoureusement classer parmi les maladies psychiques proprement dites.

Tel est surtout le cas pour les hallucinations et les illusions, les troubles dans la reproduction des représentations, dans leur évolution, dans la perception et enfin pour les phénomènes d'émotivité anormale, etc. Mais la psychiatrie clinique ne doit pas se borner à l'étude des phénomènes psychiques de la folie, car souvent le point principal pour le diagnostic, le pronostic et la pathogénie, est moins dans ces phénomènes que dans les troubles des fonctions motrices, sensitives, vaso-motrices.

[1] Comparez : Griesinger, *Op. cit.*, p. 61. — Brosius, *Die Elemente des Irreseins*, 1865. — Schüle, *Handbuch der Geisteskrankheiten*, p. 39. — Emminghaus, *Allgem. Psychopathologie*, p. 61.

Conformément aux qualités fonctionnelles du cerveau, organe central des fonctions psychiques sensorielles, sensitives, motrices, vaso-motrices et trophiques, il se présente à l'observation clinique autant de groupes de troubles élémentaires comme manifestations des maladies cérébrales.

Il faut en même temps tenir compte de certains troubles des phénomènes de la vie végétative, de la nutrition, des secrétions, de la respiration, de la circulation, de la chaleur du corps, troubles qui sont provoqués directement ou indirectement par la maladie de l'organe psychique.

Vu la variété des phénomènes de la vie psychique normale et morbide. il est nécessaire d'établir avant tout un tableau et une classification.

Le plus naturel serait de classer les phénomènes d'après les trois tendances fondamentales par lesquelles s'extériorise la vie de l'âme. On peut distinguer :

1° Des processus dans la sphère affective de la vie psychique, états d'esprit et émotions;

2° Des processus dans la sphère représentative, qui comprend toute l'activité attribuée à la raison, à la mémoire et à l'imagination;

3° Des processus dans la sphère psychomotrice de la vie psychique, dans la sphère des instincts et des actes volontaires.

Nous parlerons donc des anomalies des sentiments, des représentations et de la volonté.

Cette classification n'a qu'une signification didactique. Elle ne tombe pas dans les errements de l'ancienne psychologie métaphysique qui admettait une trinité de facultés psychiques, chacune indépendante et isolée. ce qui a donné lieu aux erreurs les plus graves (monomanies, maladies mentales partielles).

La psychologie empirique n'admet qu'une vie psychique unique dans laquelle les diverses facultés, en travaillant solidairement et ensemble. ne représentent chacune qu'une forme active du travail psychique.

CHAPITRE II

TROUBLES ÉLÉMENTAIRES PSYCHIQUES. — ANOMALIES DES SENTIMENTS (SENSIBILITÉ) [1]

L'expérience clinique nous montre que, dans la plupart des cas de folie, les troubles ne se manifestent pas dès le début par des jugements faux, du délire et des hallucinations, mais par une humeur et des émotions morbides. C'est ce qui nous engage à étudier avant tout les anomalies de la sensibilité et des sentiments. Ces anomalies peuvent se diviser en modifications pathologiques de la vie des sentiments elle-même et en modifications pathologiques dans la production des émotions, et aussi en modifications dans le mode de réceptivité des émotions.

I. — Troubles essentiels de l'esprit. Etats d'esprit morbides.

Un état d'esprit paraît morbide par le fait qu'il se produit spontanément, c'est-à-dire qu'il n'a pas été amené par une cause externe correspondante. Son origine n'est donc pas de nature psychologique mais de nature organique. Il est la manifestation d'un trouble de la nutrition dans l'organe psychique.

C'est par là que cet état d'esprit se distingue de prime abord du changement d'humeur physiologique qui est toujours motivé.

Il ne faut pas non plus perdre de vue cette distinction quand il s'agit d'un état délirant. Il y a beaucoup d'états d'esprit qui, bien que provoqués par des causes morbides, ne sont pas pathologiques par eux-mêmes; mais ils sont la réaction naturelle de ces causes morbides. Ainsi, par exemple, un individu atteint de la monomanie de la persécution entend des voix qui lui disent qu'il est un mauvais drôle, qu'il est menacé de mort, etc., il en devient triste. Le fou, le paralytique, le délirant qui ont des idées de grandeur, aperçoivent dans leurs hallucinations des faits correspondants et sentent se relever leur moral et leur estime d'eux-mêmes. Le cas contraire

[1] Comparez : Brosius, *Allg. Zeitschrift für Psych.*, p. 189. — Wachsmuth, *Ibid.*, 15, p. 325. — Frese, *Ibid.*, 27, p. 59. — Meynert, *Psych. centralbl.*, 1871; et *Anzeiger der Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 1875, 10. — Spamer, *Archiv. für Psych.*, VII, p. 160. — Emminghaus, *Psychopatholog.*, p. 62-102. — Schüle, *Handbuch*, 2e édition, p. 39.

serait un état pathologique et indiquerait une décadence beaucoup plus complète de la vie psychique si ces malades ne réagissaient pas d'une manière correspondante.

Ces états d'esprit réactionnels, dépressifs et expansifs, dans la folie, ne doivent donc pas être confondus avec les états d'esprit primitifs, spontanés, non motivés et par conséquent morbides des mélancoliques. On trouve dans la folie les mêmes états d'esprit qu'on rencontre dans la vie physiologique.

Au point de vue pratique il faut considérer les états d'esprit morbides à caractère douloureux et les états d'esprit morbides à caractère gai.

1° *L'état d'esprit déprimé et douloureux* qui se produit spontanément (psychalgie, phrénalgie) est le phénomène fondamental dans les états délirants mélancoliques. Il s'agit là d'un phénomène analogue à celui qui se passe dans les nerfs sensitifs affectés morbidement par un trouble de nutrition et réagissant sous forme de névralgie. Les troubles de nutrition de l'écorce cérébrale produisent une douleur psychique (névralgie psychique).

Mais, tandis que dans les nerfs affectés de névralgie la conscience réagit simplement sous forme d'un sentiment commun (la douleur), l'effet est beaucoup plus compliqué quand l'organe de la conscience même devient malade. Etant donné la solidarité des processus psychiques, les troubles élémentaires doivent fatalement engendrer d'autres troubles.

Ainsi la douleur psychique, primitivement due à une cause organique, se complique de phénomènes produits par des causes psychologiques.

Une importante source de douleurs vient tout d'abord du contact de la conscience déprimée avec le monde extérieur. La façon de comprendre ce dernier dépend entièrement de la nature de notre humeur et du sentiment que nous avons de nous-mêmes. Le même événement nous touche d'une manière différente selon que nous sommes d'une humeur gaie ou triste. Selon que nous le regardons avec des yeux pleins de chagrin ou de joie, le même paysage nous met dans différents états d'esprit, évoque différentes considérations et nous apparaît même avec des couleurs tout à fait différentes. La loi physiologique continue à agir même avec des conditions pathologiques.

Pour le mélancolique le monde extérieur est sombre, changé, revêtu d'autres couleurs; les objets même qui ordinairement produisaient une impression agréable, paraissent dans le miroir pathologiquement altéré du sentiment comme des objets désagréables (dyesthésie psychique).

Une autre source de douleur psychique consiste en ce fait que l'acte de se représenter quelque chose s'accomplit sous l'influence de l'état momentané de l'esprit et des sentiments et que seules les représentations qui répondent à cet état peuvent se maintenir dans la conscience.

Par suite de cette loi, il ne peut exister dans la conscience des mélancoliques que des images douloureuses et des conceptions tourmentantes. La première conséquence, c'est la monotonie des représentations et par conséquent l'ennui.

Dans la dépression mélancolique il y a aussi une entrave dans la marche et la formation du processus de la représentation et un arrêt remarquable dans la sphère psychomotrice de la vie psychique.

Cette entrave dans les aspirations, cet arrêt dans la décharge de la tension psychique fournissent un nouveau contingent de sentiments nombreux de déplaisir et l'état s'aggrave parce que le malade s'y abandonne sans résistance, écrasé qu'il est par le dérangement subit de son mécanisme psychique.

A l'apogée de la maladie il surgit une source nouvelle et abondante de douleurs : le malade s'aperçoit que ses représentations ne sont plus annotées par les sentiments habituels de plaisir ou de déplaisir, qu'il est devenu incapable de se réjouir ou de s'affliger de quoi que ce soit (anesthésie psychique). Son existence manque alors de tout charme.

Enfin, à côté de la névrose psychique, expression d'un trouble de la nutrition, ce trouble étant général, il se produit souvent des troubles sensitifs (névralgies, paralgies, paresthésies et anesthésies); souvent aussi les fonctions végétatives ainsi que le tonus musculaire souffrent. Ces troubles variés, vu la disposition générale, constituent encore une autre source abondante de douleurs dans la conscience déprimée. Si cette dernière source de douleurs prévaut, la dépression morale prend un caractère hypocondriaque. La dépression morbide et douloureuse est en elle-même sans objet. Dans les cas de maladie légère et passagère, elle garde ce caractère et on la considère aussi comme morbide. A mesure que sa maladie progresse et que son esprit s'obscurcit davantage, le malade cherche à motiver sa dépression morale et, comme il en voit la cause partout ailleurs (monde extérieur, rapports sociaux antérieurs, etc.) plutôt que dans une affection de son système nerveux central, il en arrive à s'expliquer par de fausses raisons son état d'esprit. Le besoin d'objectiver s'impose particulièrement dans les cas où la dépression hypocondriaque va de pair avec les symptômes organiques d'un trouble physique. Bien que sa manière de comprendre ses rapports avec le monde extérieur reste normale, le malade arrive pourtant à avoir des opinions fausses sur son état physique et il croit qu'il existe chez lui des altérations incurables alors qu'il n'y a que des troubles fonctionnels.

2°) *La gaîté morbide* (aménomanie, hédonie psychique, — Emminghaus) qui présente une analogie avec le plaisir physiologique motivé et avec l'état joyeux provoqué par certains toxiques (alcool, gaz hilarant, etc.), constitue la note émotive fondamendale des affections maniaques et est diamétralement opposée à la dépression mélancolique. Par suite des altérations organiques intérieures, le caractère est gai, expansif; l'appareil psychique n'est dans ce cas accordé que pour la note du plaisir.

C'est dans ce sens que se manifestent les impressions du monde extérieur et les sensations physiques; dans la conscience il n'existe et il ne se maintient que des images et des représentations conformes à cet état d'esprit; l'évolution de la représentation est plus vive, sa nature trop

expansive, amusante; la transition des conceptions aux désirs et à l'action se fait sans entrave et est même facilitée.

Le malade qui a en outre à chaque moment conscience de cette facilité et de cette accélération de ses représentations et de ses aspirations, éprouve autant de sensations de plaisir que le mélancolique éprouve de douleur en se rendant compte des antinomies de certaines situations et de certains états.

II. — Troubles dans la production des émotions. (Réaction motivée anormale.)

Cette catégorie de troubles peut être subdivisée en trois groupes que voici : troubles dans le mode de réception des sensations générales, anomalies dans l'intensité de la réaction émotive, et anomalies dans le mode d'impression des sentiments.

A. — Anomalies dans le mode de réception des sensations

En ce qui concerne la faculté de l'esprit à être impressionné au moyen de certaines représentations des perceptions ou certaines représentations des souvenirs par des sentiments de plaisir ou de déplaisir, il y a deux possibilités : les émotions se produisent avec une facilité anormale, la limite de l'irritabilité étant beaucoup plus restreinte que dans la vie normale; ou bien les émotions ne se produisent que très difficilement ou même pas du tout.

1° *Réaction émotive d'une facilité anormale* (hyperesthésie psychique, émotivité).

Ces états sont toujours le signe d'un cerveau lésé dans sa nutrition et par conséquent plus ou moins épuisé, le symptôme d'une faiblesse fonctionnelle de la vie des sentiments. Cette faiblesse émotive arrivée à son plus haut degré se manifeste en ce sens que l'idée seule suffit à produire une émotion. Il n'est pas besoin pour cela que l'émotion soit particulièrement profonde; mais les phénomènes, contrairement aux émotions du cerveau sain, ne restent pas longtemps dans la conscience.

La courte durée du processus émotionnel s'explique en partie par l'épuisement rapide de la faculté émotive (faiblesse excitable) en partie par l'oubli rapide de la représentation qui a causé l'émotion, ou par le fait que cette représentation a été supplantée par une autre qui la suivait.

Si donc cette facilité anormale de réaction continue à subsister, il se produit un changement d'humeur continuel; car, suivant la nature des représentations qui se succèdent, il se produit des émotions correspondantes. Cette faiblesse irritable, cette émotivité est surtout très développée chez les convalescents dont les forces cérébrales ont été affaiblies par une maladie grave, telle que le typhus, chez les individus qui ont une tare héréditaire ou qui sont névropathes, chez les hystériques, les hypo-

condriaques, les neurasthéniques, dans certaines maladies cérébrales organiques (démence sénile, apoplectique, paralytique, lues cerebralis, dans les premières périodes de tous ces états).

Il y a là encore un symptôme très significatif qui indique que les centres nerveux les mieux organisés n'ont plus la même faculté d'arrêt et d'entrave ; de vifs mouvements de mimique, en général des phénomènes moteurs, vaso-moteurs et sécrétoires, accompagnent le processus psychique. Au point de vue clinique, cette faiblesse du moral se manifeste par la sensiblerie de ces malades, la facilité avec laquelle se produisent chez eux, surtout chez les hystériques, les pleurs et le rire qui peuvent dégénérer en convulsions. Quant à la nature de ces impressions émotives, ce sont des sensations de plaisir ou de déplaisir (hyperhédonie psychique et hypéralgie — Emminghaus).

Selon le caractère et la valeur des représentations qui résultent de ces émotions, on distingue : des *hyperesthésies sensorielles*, — les perceptions du monde extérieur ou venant du corps lui-même sont accompagnées de sensations désagréables (chez hysthériques, hypocondriaques, fiévreux, mélancoliques) ou par des sensations de plaisir (plus grand plaisir à manger, à boire, sentiments d'euphorie dans le cas de manie); l'*hyperesthésie esthétique*, — on est péniblement touché par le manque de beauté artistique, par l'aspect d'une figure répugnante, par des manières répugnantes, par la malpropreté du milieu, etc. ; par contre, accentuation du plaisir en face de reproductions artistiques de personnes et objets, ce qui fait naître des sympathies, des antipathies, des idiosyncrasies ; l'*hyperesthésie éthique*, — compassion très vive pour le malheur ou le bonheur d'autrui, violent dégoût pour les actes vils et enthousiasme pour les nobles actions, se manifestant par une réaction émotive excessivement violente à la suite d'une offense ou d'une distinction, par la production facile de tristesses et d'enthousiasmes à la suite d'idées adéquates, comme par exemple, une accentuation du sentiment de la pudeur allant jusqu'à une pruderie qui rend insupportable l'aspect d'un pied de chaise non vêtu (certains hystériques).

2° *Difficulté ou même suppression de la réaction émotive* (apathie du caractère, allant jusqu'à l'absence d'émotions).

La diminution ou même l'absence complète de la réaction émotive en présence des impressions de nature à provoquer des réactions (anesthésie psychique) est un symptôme psychique élémentaire fréquent et très important. On peut l'interpréter comme un phénomène d'arrêt ou de lacune dans le mécanisme psychique. Cette différence doit être prise en considération aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue du pronostic. Un signe de diagnostic différentiel important, c'est de savoir si le malade se rend compte lui-même de l'absence de sa faculté émotive, ou bien s'il en ressent douloureusement l'absence (anesthésie psychique douloureuse [1]).

[1] Comp. Emminghaus, *Op. cit.*, *hyperalgie psychique*, p. 80 et *hyperhédonie*, p. 92.

Ce dernier fait se produit généralement chez le mélancolique. Son anesthésie psychique est un phénomène d'entrave. La production des impressions émotives joyeuses est arrêtée par sa dépression douloureuse morbide et organique ; mais son état d'esprit, du moins à l'apogée de la maladie, reste tout aussi indifférent aux impressions qui ordinairement auraient été péniblement ressenties. Cette impassibilité provient de ce que la douleur psychique spontanée exerce une vive action qui s'émousse, de sorte que les impressions venues du dehors sont trop faibles pour se faire sentir. On voit parfois se produire le même fait dans les états de dépression physiologique très violents, lorsque, à la suite d'un grand nombre d'impressions douloureuses, il se produit un état d'émoussement et de torpeur dans lequel, au moins pour un instant, le malade n'est plus touché par aucun événement douloureux nouveau.

L'apathie du mélancolique, dans le domaine éthique ou religieux, constitue un phénomène particulièrement important. Elle se manifeste par une indifférence désespérée pour les lois de la religion, autrefois très respectées, pour les devoirs de la vie de famille, les devoirs professionnels, les devoirs envers les amis et la société.

Les malades eux-mêmes en sont péniblement affectés et commencent à douter s'ils sont encore dignes d'être appelés des hommes, puisqu'ils n'ont plus de sentiments humains. Ils éprouvent douloureusement cette absence du calme et de la consolation religieuses que donne la prière. Ces phénomènes d'entrave peuvent devenir les éléments d'idées délirantes démonomaniaques et zoanthropiques qui se développeront ultérieurement.

Dans une autre catégorie de maladies psychiques l'apathie est en partie un phénomène d'entrave et en partie un phénomène produit par l'absence d'une faculté quelconque. L'impression émotive est absente dans toutes les sphères du monde des représentations ou bien elle ne manque que dans la sphère éthique.

Ainsi, chez le maniaque, il y a une indifférence remarquable pour les aspirations éthiques et les devoirs éthiques. Elle indique une absence de ce contrôle esthétique et moral dont il disposait habituellement ; elle s'explique en partie par ce fait que sa conscience a été faussée par des sensations agréables, par l'impossibilité, résultant de l'obsession du sentiment agréable, de faire naître les représentations contraires qui montrent les dangers, l'immoralité, le châtiment avec des sensations désagréables et d'opposer ces idées aux idées d'agrément ; elle est en partie causée par l'accélération de tous les processus psychiques, ce qui ne permet pas de s'arrêter à une représentation et ce qui empêche de réfléchir sur la signification d'un événement ou d'une action.

Dans la folie avec conceptions délirantes systématiques (paranoïa), les idées délirantes qui faussent la conscience du malade, l'empêchent de saisir ses anciens intérêts et les aspirations de sa vie. Dans son nouveau Moi morbide, il regarde le passé sain et normal comme quelque chose d'étranger qui n'a rien de commun avec lui. Chez certains malades de cette catégorie, par suite de la nature concrète de leur idée délirante (mono-

manie de la persécution), il s'établit un état d'hostilité pour le monde extérieur et l'altruisme s'altère profondément. Mais, dans la sphère des idées délirantes qui le préoccupent, le malade est très émotif. Avec le temps la réaction émotive aussi peut s'éteindre pour les idées délirantes; c'est alors un symptôme de faiblesse psychique, de lacune et d'écroulement profond du mécanisme psychique.

L'apathie des sens apparaît plus souvent comme symptôme d'une lacune dans le domaine psychopathique. Dans tous les états de faiblesse psychique elle est d'une signification très importante pour le pronostic. Elle n'est qu'un symptôme partiel de l'émoussement général et de l'insuffisance des capacités psychiques. Le malade ne pouvant s'apercevoir qu'il a perdu une partie de ce qui fait la valeur de l'homme, n'éprouve aucune douleur de cette perte. Ce manque d'excitabilité émotive est la cause de l'indifférence que présentent la plupart des individus internés dans les asiles d'aliénés pour le sort de leurs parents et de leurs compagnons de douleur; c'est aussi une des causes pour lesquelles les aliénés internés sont si faciles à diriger.

L'indolence émotive de ces invalides psychiques présente des degrés nombreux et variés et, étant donné l'immense variété du monde des sentiments, des lacunes différentes dans les nombreux domaines de cette sphère.

Le plus important de ces phénomènes est l'absence de la vie éthique.

Fait curieux, cette absence se trouve souvent être le premier symptôme du début de la faiblesse d'esprit causée par les processus organiques graves du cerveau (démence paralytique, sénile); elle précède pendant un laps de temps prolongé la diminution de la mémoire et l'affaiblissement intellectuel. Souvent aussi elle constitue l'unique résidu d'une psychose arrivée en apparence à la guérison.

Les individus rentrent dans la vie et sont même tout à fait à la hauteur de leurs devoirs sociaux; mais ils sont devenus des philistins et des égoïstes, ce qu'ils n'étaient point auparavant. Le sort heureux ou malheureux de leurs semblables ne les touche plus; les anciens liens de famille et d'amitié se sont relâchés et ne sont conservés que par pure habitude.

Ne s'intéressant plus aux côtés esthétiques ou éthiques de la vie civilisée, ils sont complètement absorbés par la satisfaction de leurs besoins matériels et par les exigences de leurs devoirs professionnels.

Cette lacune dans les sentiments est souvent le premier symptôme d'une faiblesse d'esprit en train de se développer et cela s'explique par le fait que les sentiments éthiques (compassion, sentiment d'honneur, sentiment religieux), ayant leur racine dans la formation et dans l'application des idées et des principes éthiques, représentent les facultés intellectuelles les plus élevées, supposent une organisation cérébrale des plus fines et doivent par conséquent être les premiers affectés dans le cas où l'organe psychique devient malade.

Cet état d'insensibilité morbide se développe souvent de la même façon chez les onanistes et les buveurs d'alcool.

On peut la rencontrer aussi comme une anomalie congénitale produite par des éléments héréditaires dégénératifs. Dans ce cas on peut la considérer comme une idiotie morale, puisque le cerveau de ces malheureux a reçu une organisation inférieure par le fait d'éléments dégénératifs qui ont frappé le germe, et que cette organisation cérébrale défectueuse les prive de la faculté de former des conceptions esthétiques et éthiques et de les combiner pour obtenir des notions éthiques. Schüle (*Manuel*, p. 46) distingue dans cette maladie une forme grave où il y a absence complète de sentiments et d'idées morales, et une forme bénigne dans laquelle ces conceptions ont été acquises, mais n'ont pas pu se développer parce qu'elles ne produisent pas d'impressions émotives.

Un symptôme de lacune morale partielle, très important au point de vue pratique et digne d'attention au point de vue médico-légal, c'est le manque de dignité personnelle (sentiment d'honneur) ainsi que l'absence de remords quand on a commis une action immorale ou illégale.

C'est l'absence des sentiments esthétiques (anesthésie esthétique) dans ces états de faiblesse psychique, qui explique et rend possible la consommation de choses nauséabondes, la contraction d'habitudes dégoûtantes; sur le terrain sexuel cette absence d'esthétique jointe à l'anesthésie morale cause certaines aberrations odieuses de l'instinct génital, et le sans-gêne de certains individus dans la satisfaction de leurs besoins sexuels et physiques.

Cependant on ne sait pas si le sans-gêne de certains hypocondriaques et hystériques dans la satisfaction de leurs besoins, dans la nonchalance avec laquelle ils parlent des fonctions de leur corps à leur entourage, constitue une absence du sentiment esthétique ou un phénomène d'entrave, étant donné que l'obsession des sentiments et la nature des représentations empêchent la manifestation des idées opposées à ces conceptions.

L'arrêt ou le manque de sentiments éthiques et esthétiques mènent fatalement à l'égoïsme ; la fréquence de cette anomalie chez les aliénés explique pourquoi la plupart d'entre eux sont en réalité des égoïstes.

B. — Anomalies dans l'intensité de la réaction émotive

L'intensité de la réaction émotive est certainement morbide quand l'émotion qui accompagne une représentation s'élève à la hauteur d'une passion, tandis que la même cause agissant dans des circonstances physiologiques ne produirait que des sensations se rattachant aux représentations excitantes.

Comme symptôme fonctionnel particulièrement grave du trouble moral et de la réaction convulsive de l'organe psychique, nous devons citer les états d'emportement qui se manifestent avec une intensité qui fait perdre conscience à l'individu et qui, par leur durée extraordinairement prolongée, peuvent aboutir à un dérangement complet de la vie psychique L'état d'hyperesthésie psychique facilite l'éclosion des réactions à intensité mor-

bide. Mais cette hyperesthésie n'en est pas toujours la condition essentielle. Comme preuve nous citerons ces emportements qui se produisent chez les idiots et qui, par suite du manque d'entrave, prennent un caractère joyeux ou dépressif très prononcé et surtout sont empreints d'une colère violente. Seules, les passions d'origine éthique ou esthétique sont impossibles dans ce cas. En réalité, on peut attribuer l'intensité de la réaction émotive à l'absence des processus d'arrêt du centre; psychiquement à la faiblesse fonctionnelle des régions intellectuelles les plus élevées, somatiquement au défaut d'arrêt des centres vaso-moteurs et moteurs qui sont touchés par le processus émotif, ce qui fait que les processus organiques qui leur sont simultanés deviennent très puissants.

Il y a des individus chez lesquels il existe habituellement une irritabilité d'humeur anormale. Autrefois on en faisait une forme spéciale de maladie psychique (excandescentia furibunda ou iracundia morbosa), alors que ce phénomène n'est qu'un trouble élémentaire émotif, un mode de réaction pathologique du cerveau. Dans tous les cas, c'est le symptôme d'une maladie cérébrale profonde. Cette irritabilité dénote un cerveau affaibli par l'anémie ou par des excès d'alcool ou par des lésions graves (maladie cérébrale, lésions de la tête), ou atteint d'une névrose grave (tare héréditaire, épilepsie, hystérie), ou défectueux dans son origine (idiotie). Les moindres causes provoquent des emportements de colère violents et qui sont maintenus à cette tonalité par des reproductions douloureuses.

Le mode d'émotion dépend essentiellement de la nature de la représentation qui affecte l'individu et de l'état de conscience qu'il a de lui-même. Si cette représentation est de nature douloureuse et si la confiance en soi-même a diminué (mélancolie), les impressions émotives et respectivement les émotions ne peuvent être que douloureuses. L'émotion peut être provoquée aussi bien par des représentations reproduites que par des perceptions sensitives venant du monde extérieur ou du corps de l'individu.

Les idées mêmes, qui dans les circonstances physiologiques provoqueraient du plaisir, ne produisent ici que des émotions douloureuses. Au summum de la maladie, tout fait psychique, même une simple perception des sens, affecte douloureusement (hyperesthésie psychique); un fait analogue se produit dans les nerfs atteints de névralgie; là aussi, la limite de l'excitabilité a baissé, de sorte que des excitations mécaniques, thermiques, atmosphériques, qui ordinairement ne seraient pas perçues, provoquent des paroxysmes de douleur. Souvent cet état d'hyperesthésie psychique s'accompagne d'un état d'hyperesthésie sensorielle et parfois aussi cutanée.

Les émotions sont simplement douloureuses (tristesse, désespoir), ou bien ce sont des émotions de surprise (embarras, perplexité, consternation, honte), ou le plus souvent des émotions d'attente (peur, angoisse). S'il y a une disposition aux émotions gaies et une forte confiance en soi-même (manie), le trouble se manifeste par des emportements joyeux quand il ne devrait exister que des sentiments joyeux.

Là aussi, il y a, au summum de la maladie, des phases dans lesquelles il existe un état de véritable hyperesthésie psychique, car chaque repré-

sentation et même chaque perception des sens se combine avec des émotions, et le malade se réjouit de sentiments de plaisir continuels (hyperhédonie, — Emminghaus; hypermétamorphose, — Neuman).

Si la conscience n'est pas déprimée et si la représentation qui provoque l'émotion est rattachée à des sentiments désagréables, il se produit alors des émotions de colère dites mixtes.

Quand le caractère est enclin à la colère, les prétextes les plus futiles, un regard, un geste, même une parole d'apaisement, suffisent pour provoquer chez le malade de continuelles et nouvelles explosions de colère.

C. — Anomalies dans le mode d'impression des émotions

Il y a des états anormaux dans lesquels la représentation concrète ne donne pas une impression émotive physiologique semblable à celle qui aurait été produite autrefois par la réaction individuelle, mais elle produit un effet différent et même inverse dans certaines circonstances (perversion du sentiment, paralgie (Emminghaus), par analogie avec les nerfs sensitifs qui réagissent d'une façon morbide).

Cette anomalie suppose que, à l'état normal, sauf préjudice pour le vieux proverbe « de gustibus », certaines impressions produisent toujours chez les individus les plus divers la même sensation. Il ne s'agit pas ici, comme dans le cas d'atonie émotive, de l'absence de certaines impressions, qui devaient normalement se produire, mais de la production de réactions qui sont l'opposé des réactions normales qu'on observe chez l'individu en général. C'est pour cela que le caractère morbide des impressions perverses se manifeste d'une manière beaucoup plus nette que les anomalies de la faculté et de l'intensité des réactions. Au point de vue pratique, elles constituent un phénomène très important, car souvent ces perversions des impressions s'accompagnent facilement d'impulsion, ce qui peut amener à des actes nuisibles aussi bien aux intérêts de l'individu lui-même qu'à ceux de la société.

On peut citer comme exemples de réactions perverses sur le terrain des émotions sensitives les idiosyncrasies des névropathes et surtout des hystériques qui éprouvent du désagrément de choses qui physiologiquement produisent des sensations agréables (parfum des fleurs) et qui trouvent du plaisir à des choses désagréables (odeur de résines puantes). Comme réaction motrice, il se produit alors de la pica (envie).

Ordinairement à cette perversion des impressions se rattachent des hyperesthésies sensorielles et psychiques (vive susceptibilité et intensité anormale des réactions allant jusqu'aux emportements au point de vue psychique, et jusqu'aux convulsions au point de vue somatique).

Comme perversion des sentiments éthiques citons : le plaisir à voir souffrir les hommes et les animaux avec le penchant qui en résulte à torturer les hommes, à maltraiter les animaux, à détruire et à profaner les monuments artistiques et religieux. Souvent ces perversions sont combinées

avec des anomalies du sens sexuel, base somatique des sentiments éthiques et sociaux.

On peut ranger encore dans cette catégorie : le dégoût du travail, de la vie matrimoniale, le plaisir à commettre des actes d'immoralité, à troubler le bonheur conjugal et vital d'autrui, défauts qu'on rencontre si souvent chez les dégénérés psychiques (folie morale), mais, il est vrai, combinés ordinairement avec des phénomènes d'absence.

On peut classer aussi dans cette catégorie la particularité qui fait annoter par des émotions de plaisir des représentations qui ordinairement ne donnent que des impressions douloureuses. Une de mes malades a perdu, pendant son état de manie circulaire, son époux qu'elle aimait; elle a dû faire de véritables efforts pour avoir à peu près l'apparence d'une personne qui porte le deuil. Par opposition, il y a des mélancoliques qui, sous l'influence de leur état morbide, ne peuvent réagir que d'une façon douloureuse aux causes qui, dans les conditions physiologiques, seraient des sujets de joie; ainsi, par exemple, en voyant leurs enfants qu'ils adoraient autrefois ou des amis qu'ils aimaient, ils n'ont que des impressions de répugnance. La réaction peut être simplement passive (mixopédie, misanthropie) ou même il y a des impulsions aux agressions hostiles par actes et paroles.

Une forme curieuse d'émotion perverse chez les mélancoliques, c'est le plaisir douloureux (Leidseligkeit) décrit par Ideler et Emminghans; des représentations qui dans la vie intellectuelle normale seraient douloureusement ressenties, produisent une sorte de faible satisfaction par le fait même que les mélancoliques éprouvent une douleur qui alors est marquée par une émotion relativement agréable.

CHAPITRE III

TROUBLES ÉLÉMENTAIRES PSYCHIQUES. — ANOMALIES DANS LA SPHÈRE REPRÉSENTATIVE DE LA VIE PSYCHIQUE[1]

On constate tout d'abord dans la sphère des représentations deux séries de troubles élémentaires :

1° Ceux qui atteignent dans son mode de formation le processus de la représentation :

2° Ceux qui faussent la nature des conceptions (idées délirantes).

I. — Troubles dans le processus de formation des représentations.

Ils ont la même importance que les troubles qui faussent la nature des représentations, les seuls que comprennent les profanes. Au point de vue clinique et surtout médico-légal, il est à remarquer que les troubles de ce genre peuvent constituer à eux seuls tout le dérangement de la faculté des représentations (folie sans idées délirantes).

Ces dérangements dans la formation des représentations peuvent se diviser :

1° En troubles dans la vitesse de production des représentations, et dans leur marche ;

2° En troubles de l'association des idées, en ce sens que certains modes d'association des idées prévalent exclusivement ;

3° En troubles dans la quantité des représentations, en tant que certaines représentations restent fixées dans la conscience avec une intensité et une durée morbides ;

4° En troubles dans la liaison des représentations avec les sensations (perception) ;

5° En troubles dans la reproduction des représentations reçues auparavant dans la conscience (mémoire).

[1] Falret, *Leçons cliniques*, p. 904. — Maudsley, *Physiologie et pathologie de l'âme*. — Brosius, *Psychiatr. Abhandl.*, II, p. 87. — Neumann, *Lehrb.*, p. 3. — Emminghaus, *Op. cit.*, p. 102, 178.

A. — Troubles dans la vitesse de production des représentations

Deux possibilités peuvent se présenter : la formation des représentations peut être ralentie ou accélérée d'une manière anormale.

1° *Ralentissement des représentations.* — Cette trop grande lenteur à se représenter quelque chose se rencontre dans diverses conditions : dans les cas de mélancolie et dans les cas de faiblesse psychique (imbécillité.)

Chez le mélancolique, cette lenteur a pour causes d'abord la nature restrictive des représentations qui fait que les représentations conformes à l'état d'esprit du malade peuvent seules se manifester dans la conscience, et ensuite le fait que, chez lui, tous les processus psychiques en général subissent une entrave.

Le ralentissement des représentations dans la mélancolie peut en s'accentuant devenir un arrêt temporaire qui se manifeste dans la conscience par un sentiment de découragement ; le malade se dit que ses pensées se sont arrêtées, qu'il est abruti, qu'il est sans idées. Le ralentissement des représentations amène fatalement l'ennui, dont se plaignent tant de mélancoliques. Le malade éprouve ce que l'homme normal éprouve dans la passion de l'attente. Le manque de variation des représentations fait dans les deux cas trouver le temps très long et mène à bien des actes inutiles, instinctifs, qui sont provoqués par le seul besoin de faire cesser la tension de l'esprit et de passer à un autre ordre d'idées.

La paresse des représentations dans les états de faiblesse psychique est un phénomène partiel de la faiblesse générale des énergies psychiques, surtout de la mémoire; cette paresse intellectuelle provient aussi de l'absence des intérêts intellectuels qui pourraient exciter l'appareil des représentations; elle a encore pour cause la défectuosité de la perception.

2° *Accélération des représentations.* — L'accélération dans l'acte de se représenter quelque chose est le propre de tous les états d'exaltation et le degré de la vitesse de production de la représentation est un moyen très précieux pour mesurer l'intensité du processus d'excitation cérébrale.

Les débuts de l'exaltation maniaque sont caractérisés par des degrés légers de cet état que nous venons de décrire et qui sont analogues à l'imagination expansive de l'homme normal et à l'état dans lequel le vin commence à délier la langue.

Ces degrés peu avancés sont un phénomène partiel de l'allégement et de l'accélération générale des mouvements psychiques telle qu'elle se manifeste chez le maniaque, surtout dans le domaine de la mémoire ; ils ont en partie pour cause un phénomène qui ranime des sentiments de plaisir qui existaient déjà.

Cliniquement cet état se manifeste par une plus grande richesse d'expressions, d'images, par des rapprochements spirituels, des bons mots bien trouvés, une loquacité et une éloquence extraordinaires; imperceptiblement et peu à peu la marche des idées devient brusque et décousue.

Avec son flot de paroles le malade en arrive aux choses disparates. La marche des associations d'idées devient inintelligible, probablement parce que, par suite de la marche précipitée des idées, les anneaux intermédiaires de leur enchaînement existent encore dans la pensée mais ne sont plus exprimés par le langage ou n'arrivent plus assez nettement à la conscience pour trouver leur réflexe dans l'organe du langage.

A un degré plus accentué, cette accélération des représentations peut être comparée à une course des idées, à une fuite des pensées. Le malade ne peut plus refréner le cours de ses pensées, il passe d'une chose à une autre, perd le fil de la conversation; il ne peut plus logiquement coordonner les matériaux qui lui arrivent en masse; il bredouille des choses insensées, des phrases détachées, des mots, des syllabes, suivant que ces derniers trouvent encore un réflexe dans le mécanisme du langage. Ordinairement on trouve encore dans ce tourbillon de représentations un lien d'association, une liaison des idées par les contrastes, la consonance et l'allitération. La pensée logique a disparu et, comme les représentations surgissent comme l'éclair et ne peuvent plus être coordonnées ni mises en rapports logiques les unes avec les autres, il en résulte la confusion.

Cependant la confusion[1] des pensées et par suite celle des paroles n'est pas toujours le résultat d'une accélération des représentations et le symptôme d'un état maniaque.

Elle se rencontre aussi dans les maladies les plus diverses et l'on peut alors l'attribuer généralement à des troubles de la conscience et particulièrement aux troubles de la faculté de perception et d'association des idées.

La confusion ou l'égarement d'esprit est tout d'abord un phénomène ordinaire dans les états émotifs, surtout lorsqu'il s'agit d'un cerveau taré ou affaibli.

L'excitation morale violente amène dans la conscience une masse de représentations contradictoires et empêche pour un instant leur perception, leur association, leur enchaînement logique. Il en est ainsi surtout dans les cas d'embarras où le sentiment pénible de l'incertitude, le danger de l'échec troublent et quelquefois rendent impossibles le développement et la marche des représentations, par exemple au milieu d'un discours ou d'un acte compliqué.

La confusion est un symptôme important dans les états d'épuisement psychique. Dans ce dernier cas on peut l'attribuer à une faiblesse fonctionnelle dans la liaison logique des associations, faiblesse qui fait que le fil des pensées se rompt sans cesse, que la suite des idées présente des lacunes et que souvent, par une sorte d'obsession, il s'intercale des représentations qui n'ont rien à faire avec l'objet de la pensée. Il arrive encore que, dans ces états de faiblesse avec délire, les représentations aient une succession logique, mais qu'elles soient causées par des idées délirantes. des perceptions illusoires, des hallucinations qui de leur côté provoquent

[1] Fritsch, *Jahrbücher für Psychiatrie*, II Bd.

des séries de représentations tout à fait disparates. Ces états sont souvent compliqués de troubles particuliers de la conscience et par suite de la perception (cécité et surdité psychiques). Les centres sont alors incapables de reproduire les anciennes images de souvenir — les malades sont sans orientation dans le monde extérieur — ou bien les images reproduites ne correspondent pas aux impressions du présent.

La confusion existe aussi dans ces états de faiblesse intellectuelle terminale, lorsque des séries de représentations sont devenues défectueuses, que les mots et les notions ont subi une transformation pathologique, ou bien que le malade s'est composé de nouveaux mots et que des séries de représentations figées par l'habitude s'intercalent sans cesse dans la marche des idées.

Dans tous ces cas, il y a de la divagation et des actes incohérents. Cependant ces deux genres de troubles ne sont pas forcément réunis.

La confusion dans les paroles peut aussi avoir pour cause simplement la paraphasie et la surdité des mots. Dans ce cas la correction des actes montre alors l'existence du phénomène de la confusion des mots avec une intelligence restée intacte, phénomène qui se produit parfois dans certaines maladies cérébrales en foyer.

Meynert a décrit sous le nom de confusion pseudo-aphasique, une forme particulière de la confusion, c'est-à-dire un manque d'orientation par suite de cécité psychique, de surdité des mots combinée avec une baisse dans la production des représentations (formation des interprétations et des jugements), avec angoisse de la conscience troublée qui ne comprend plus les faits du monde extérieur, et avec des phénomènes amnestico-aphasiques et paraphasiques.

B. — Troubles dans le mode d'association[1]

Il faut classer dans cette catégorie la prédominance exclusive de certaines associations d'idées. Il peut arriver que, chez les aliénés, les représentations se suivent et se nouent l'une à l'autre par une assonance extérieure, par l'homonymie des mots, tandis que dans les conditions physiologiques, les représentations se produisent l'une après l'autre par leur connexité causale et que l'assonance et l'allitération n'ont qu'une signification accidentelle et secondaire.

Ce trouble dans l'association des idées qui fournit un superbe sujet d'observation dans les états maniaques, peut être appelé logomachie. Le malade parle en vers qui bien entendu ne sont que des vers de mirliton, ou bien il aligne des mots qui, logiquement, ne se tiennent pas du tout et ne sont liés que par l'assonance [2].

[1] Schüle, *Handb.*, p. 97. — Billod, *Annales méd. psychol.*, 1861, p. 510.

[2] Une de mes malades maniaques a présenté la marche d'idées suivante (nous citons le texte allemand pour faire ressortir les bouts rimés) : « Ich lieg' an der *Wand;* — geben Sie mir die *Hand;* — geben Sie mir einen *Kuss:* — und da gibt es viel *Verdruss;* — ich

Une autre forme d'association morbide est celle où à toute représentation perçue ou reproduite s'ajoute sans cesse et avec obsession la question du pourquoi.

Le caractère morbide de ce phénomène ressort encore de ce qu'il se présente sous forme paroxystique et combiné avec d'autres symptômes nerveux, qu'il est très importun et très pénible au malade et que, enfin, la réponse à la question, le plus souvent oiseuse et touchant des choses religieuses ou métaphysiques, n'offre aucun intérêt. Griesinger fut le premier qui dirigea l'attention sur ce trouble élémentaire fort intéressant qu'il a appelé : la manie des subtilités [1] (Grübelsucht). Meschede [2] a, pour compléter cette observation, communiqué des cas qu'il a désignés sous le nom de phrenolepsia erotematica, et dans lesquels l'acte de penser se faisait toujours sous forme interrogative; le malade s'occupait sans cesse de problèmes, assaillait son entourage de questions sans que cette manie obsédante eût pour mobile l'intérêt à connaître la solution de la question.

Ce phénomène qui ne se rencontre presque exclusivement que chez les tarés et surtout chez les individus épuisés par les excès sexuels, forme une transition vers une autre forme de troubles de la même espèce.

C. — Troubles dans l'intensité et la durée des représentations. Idées obsédantes [3]

Il y a nombre de nerveux et de mélancoliques qui se plaignent de ne pouvoir se débarrasser de certaines idées importunes et pénibles dont ils saisissent parfaitement le caractère insensé et absurde; ces idées se mêlent à leurs idées conscientes, logiques et associées, troublant la marche de ces dernières, et par là leur causant des inquiétudes; elles provoquent même des impulsions à certains actes que, d'après leur nature, le malade trouve ridicules ou détestables.

J'ai donné, en 1867, le nom de représentations obsédantes (Zwangsvorstellungen) à ces représentations qui se fixent dans la conscience avec une intensité et une durée morbides. L'origine de la représentation obsé-

muss haben einen *Sterz:* — und das Auge sieht *himmelwärts:* — legen Sie die Hand auf mein *Herz!* — Ach, das macht mir *Schmerz!* » (Je suis couchée près du mur, donnez-moi votre main; donnez-moi un baiser, et alors il y a beaucoup d'ennuis; il me faut un entremets de farine, et l'œil regarde vers le ciel; posez la main sur mon cœur! Ah! cela me fait mal!)

Dans un autre cas, on voit se suivre les mots : *Tante, Tanne, Fichte, Nichte* (tante, sapin, pin, nièce). Voir des exemples chez Brosius : *Psychiatr. Abhandl.*, p. 103.

[1] Griesinger, *Arch. für psych.:* I, p. 626. — Berger, *Ibid.*, IV, fascicule 1.

[2] Meschede, *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 28.

[3] V. Krafft, *Beiträge zur Erkennung krankhafter Gemüthszustände*, 1867. — Le même. *Über formale Störungen des Vorstellens. Vierteljahrsschr. für ger. Medicin*, 1870. — Morel. *Du délire émotif. Arch. gén. de méd.*, 1866. — Westphal. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1877. nos 45-49. — Brosius, *Irrenfreund*. 1881. — Journal *l'Encéphale*, 1881, mars. — Buccola. *Rivista sperim. di freniatria*, 1880.

dante est spontanée ; elle envahit brusquement la conscience ou bien c'est un événement extérieur émotionnant qui l'a provoquée (assassinat, exécution capitale, incendie, suicide d'une personne aimée, etc.). Dans le premier cas la formation de l'idée obsédante ne peut pas avoir lieu par la voie ordinaire, la provocation psychologique des représentations par association d'idées, mais elle doit être amenée et maintenue par des excitations intérieures physiologiques qui atteignent l'organe psychique. Par là s'explique la nature étrange de cette représentation qui trouble les conceptions normales dans leur force de résistance contre l'énergie d'association. Ces idées obsédantes ressemblent, quant à leur origine, aux délires primordiaux, contrairement aux idées délirantes qui se sont formées par voie psychologique, par l'association et la réflexion. Ce sont des créations primitives et spontanées d'un cerveau malade ou organisé d'une façon anormale, des produits immédiats résultant du mécanisme d'une vie intellectuelle inconsciente, telles que le sont aussi la plupart des hallucinations sur le terrain psycho-sensoriel. Ces idées obsédantes trouvent des analogies dans certains faits de la vie physiologique : souvent il arrive qu'à nos réflexions les plus calmes se mêlent d'une manière troublante des images, des représentations, des airs musicaux, qui n'ont absolument rien de commun avec l'affaire qui nous préoccupe, mais qui détournent notre attention, font diversion, nous inquiètent et ne peuvent être chassés qu'avec un certain déploiement d'énergie et de force de volonté.

Ici aussi il s'agit évidemment de créations spontanées produites par l'excitation physiologique des centres représentatifs ; car c'est précisément leur nature étrange et troublante, et leur force de résistance contre l'énergie de l'association, qui prouvent que ces représentations ne se sont pas produites par la voie psychologique de l'association des idées. Dans beaucoup de cas la motivation de l'idée obsédante reste obscure, dans d'autres cas il y a des sensations d'organes, des névralgies qui sont entrées dans la conscience simultanément avec l'idée obsédante, qui ont amené cette dernière et qui sans cesse la font renaître. Quand un événement extérieur en a été la cause, il s'agit d'un organe central excessivement impressionnable, et le processus peut se comparer à celui de la réminiscence.

Dans ce cas aussi des sensations physiques désagréables peuvent coïncider, se lier avec l'idée obsédante par des excitations venues des voies sensitives, et par là fixer la représentation morbide dans la conscience. Ces véritables idées fixes ou idées obsédantes se distinguent des idées délirantes proprement dites par leur attitude en présence de la conscience du malade qui sans cesse les juge comme des phénomènes morbides, et se place au-dessus d'eux.

Leur nature peut être aussi variée que celle des idées délirantes. Quand elle est provoquée par une perception, la représentation obsédante consiste à faire sans cesse valoir cette première représentation émouvante qui a été produite par la perception, en même temps que des craintes et des impulsions imitatrices se manifestent avec renforcement et même avec

angoisse quand une perception semblable se reproduit. Etant donnée l'excitabilité très accentuée de la vie imaginative de ces malades, les souvenirs les plus reculés et les perceptions les plus lointaines peuvent provoquer la représentation obsédante. Souvent elle est amenée par contraste.

J'ai communiqué ailleurs (*Vierteljahrsschr. f. ger. Med.*, 1870, janvier), un grand nombre d'observations à ce sujet. Souvent les malades de cette catégorie ont l'impulsion à blasphémer à l'église pendant le sermon, à prononcer dans leurs prières le mot enfer au lieu du mot ciel, etc., à assassiner leurs proches parents rien qu'en les voyant, à pousser les passants dans l'eau quand ils se trouvent au bord de l'eau, à se suicider en voyant des armes, à commettre des crimes horribles par répétition imitatrice, etc. Très souvent, chez certains malades qui ont l'obsession de se creuser la tête sur des questions religieuses ou métaphysiques, on trouve en même temps une autre idée obsédante : la crainte de la malpropreté ou des empoisonnements qui les empêche de toucher aux objets métalliques, aux vêtements, etc. (folie du doute avec délire du toucher).

Comme cas d'un intérêt particulier, citons l'agoraphobie[1] (Westphal), dans laquelle certains individus, aussitôt qu'ils doivent traverser une place ou une rue déserte, sont envahis par l'idée obsédante qu'ils sont incapables de le faire, ce qui les met dans une angoisse et dans une agitation nerveuse telles qu'ils deviennent réellement incapables de faire cette traversée, tandis qu'en se glissant le long des murs ou en étant accompagnés de quelqu'un, ils arrivent à accomplir leur déplacement. Jolly a très justement mis en parallèle ces états d'agoraphobie avec l'incertitude psychique de certains névropathes appelés à accomplir un acte devant les autres ou avec l'impotentia psychica coeundi.

Emminghaus (*op. cit.*, p. 79) range ce phénomène parmi les états d'angoisse, mais la peur n'est évidemment qu'un processus de réaction accessoire ; la cause primitive est l'idée obsédante de l'impossibilité de l'acte et du danger qui s'y attacherait. Cette obsession est encore causée par un sentiment de faiblesse musculaire permanente ou durable — (Cordes considère l'agoraphobie comme une parésie par épuisement) — ou par le souvenir d'une terreur, d'un malheur, d'un échec, qui se sont produits antérieurement dans des circonstances analogues. Dans ce dernier cas, la conscience d'une faiblesse musculaire ancienne qui se fait encore sentir dans le moment, les troubles de l'état général contribuent aussi à produire ce phénomène.

Le sentiment de l'incapacité ou la représentation d'un malheur passé rendent effectivement l'individu incapable de faire l'effort et vont jusqu'à le paralyser. La situation pénible dans laquelle se trouve le malade, produit de l'angoisse, ce qui accentue encore la douleur. Alors il y a des troubles vaso-moteurs, de la pâleur, une transpiration subite, des battements de cœur, un abaissement du tonus musculaire allant jusqu'au fla-

[1] Jolly, *Ziemssen's Handbuch*, p. 352 ; *Annal. med. psychol.*, 1876, nov.

geollement des genoux, des tremblements, des vertiges, de véritables crises nerveuses. Chez les névropathes il y a toute une série de phénomènes analogues à ceux de l'agoraphobie (comp. Beard, *La faiblesse nerveuse*, p. 37 et 38), parmi lesquels les plus fréquents sont : la crainte de sortir seul par idée d'un danger menaçant (par exemple, attaque d'apoplexie) et du manque de secours, la crainte de monter dans une voiture fermée, d'aller dans le monde, de rougir par peur réelle ou imaginaire, la crainte des endroits clos, comme les salles de théâtres et de concerts, à moins d'avoir un siège de coin, la peur des orages et des éclairs, etc.

Toutes les fois que des représentations obsédantes et des phénomènes d'angoisse se produisent, il s'agit d'un état de faiblesse irritable dans le système nerveux central, d'un phénomène partiel d'un état de faiblesse cérébrale fonctionnelle durable ou temporaire (neurasthénie). Tel est aussi le cas pour ces idées obsédantes physiologiques très bien connues qui se manifestent par une impulsion à se précipiter du haut d'une tour ou d'un rocher, de jeter en bas d'autres personnes, etc. Elles se produisent quand il y a un épuisement relatif dû au surmenage intellectuel, à une nuit blanche, à un manque de nourriture, etc., et elles disparaissent après un repas, après l'ingurgitation de boissons alcooliques ; de même, par ces moyens, des agoraphobes et d'autres malades du même genre redeviennent temporairement sains.

Les représentations obsédantes des névropathes et des psychopathes ont toujours pour base la neurasthénie. Souvent il s'agit d'individus constitutionnellement névropathes par prédisposition héréditaire ; mais il y a aussi des cas nombreux où la neurasthénie est acquise. Les excès sexuels, notamment l'onanisme, ont ici une grande portée ; de même le surmenage intellectuel, surtout quand s'y ajoutent des émotions morales, des maladies épuisantes, la puerpéralité. Cordes cite, d'après ses observations, les troubles gastriques de longue durée, l'obésité avec cœur gras, comme des maladies qui contribuent pour beaucoup à produire l'état psychique que nous venons d'indiquer.

Comme indications très précieuses à ce sujet, nous devons rappeler que souvent la représentation obsédante se manifeste pour la première fois pendant une phase d'agitation particulière (règles, grossesse, lactation), ou simultanément avec un excès affaiblissant, et que le traitement tonique est bien souvent employé avec succès.

Les représentations obsédantes sont des troubles élémentaires qui accompagnent ou une maladie psychique (mélancolie, paranoia) ou une névrose; ou bien elles sont primaires, se présentent en masse, sont constantes et mènent à des anomalies secondaires des sentiments et des actes, de sorte qu'elles représentent un véritable état délirant auquel on doit consacrer une étude à part dans la pathologie spéciale.

Observation I. *Idées et impulsions obsédantes après débauches.* — B..., vingt-trois ans, chapelier, a été amené le 23 février 1882 à la clinique psychiatrique de Gratz, comme ayant présenté des troubles mentaux et manifesté une grande horreur de l'eau

Il est calme, rangé, et donne l'anamnèse suivante.

Pas d'hérédité, pas de maladies graves, genre de vie régulier. Depuis un an le malade s'est senti plus faible, se fatiguait facilement, avait souvent des maux de tête avant de s'endormir, parfois un soubresaut avec le sentiment d'un afflux de sang à la tête. Il attribuait ces malaises à son travail fatigant, surtout au travail auprès d'un feu de charbon. Le 20 février, le malade quitta son service pour chercher une meilleure position à Gratz ou à Vienne.

Ce jour-là, contrairement à ses habitudes, il but beaucoup avec ses camarades, fuma avec excès, mangea très peu, prit le soir le train pour se rendre pendant la nuit au lieu de son nouveau poste. En route il ne mangea rien non plus, mais il ne cessa de fumer. Vers le matin il s'aperçut que la vue de l'eau, des collines escarpées, des ponts, lui causait du malaise et une sensation étrange. Il fut torturé par l'idée de se jeter à l'eau ou dans les ravines, quand le train y passait; il s'épouvanta à cette idée et chercha à faire diversion en causant ou en fumant. Il n'y réussit point. De plus en plus, tout en ayant le sentiment d'un afflux de sang à la tête, il fut saisi par un état de vertige et d'angoisse. Il s'aperçut qu'il perdait la faculté d'exercer un contrôle personnel sur ces idées absurdes et sur ces impulsions. Il jeta donc par la fenêtre du wagon son mouchoir et une lettre qu'on lui avait confiée et, comme cela ne lui procurait aucun soulagement, il fut sur le point de lancer par la fenêtre sa valise et de se précipiter après; les autres voyageurs l'en empêchèrent. Il descendit à la station de Marbourg et chercha d'abord dans une pharmacie un remède contre son pénible état; il alla ensuite dans un restaurant manger quelque chose, mais il ne se sentit pas mieux; il se rendit auprès du président de sa corporation pour qu'il le fît recevoir à l'hôpital. On le rassura. Il rentra de nouveau au restaurant et commanda à manger et à boire. Tout d'un coup il fut saisi d'une peur terrible, il lui semblait qu'il allait s'affaisser immédiatement. Il sortit sans savoir pourquoi, alla dans un café, demanda de quoi écrire afin de raconter son état à son frère et le prier de venir ; mais il ne put pas tracer un seul mot. Il avait le vertige, il lui semblait que le banc sur lequel il était assis se mettait à vaciller. Il paya, sortit pour prendre l'air et pour chercher l'hôpital. En route il passa sur un pont. Alors il fut de nouveau assailli par l'idée de se précipiter dans le fleuve. Comme il devait traverser le pont, il prit deux commissionnaires comme escorte, courut avec eux pour passer le plus vite possible et eut soin de ne pas regarder l'eau. Comme il n'y avait pas de place libre à l'hôpital, il dut rentrer et il repassa le pont en prenant les mêmes précautions. Il alla au bureau de police et demanda protection contre lui-même. On le mit dans une chambre obscure; là il fut en proie à une angoisse terrible qui ne se calma que lorsqu'on lui eut donné un compagnon. Celui-ci raconta que le malade, en dormant la nuit, avait souvent des tressaillements de peur et des soubresauts. Le 23, au matin, le malade se sentit remis et assez rassuré pour pouvoir continuer seul son voyage à Gratz. Le voyage se passa sans accident, mais, bientôt après son arrivée, le malade fut de nouveau harcelé par des idées obsédantes et désagréables, accompagnées de vertige et d'un sentiment d'angoisse. L'idée de l'eau, des précipices, des couteaux, en général des moyens de suicide, le faisait frissonner. A leur aspect il éprouvait l'impulsion de s'en servir pour se tuer; il se mit à trembler, à perdre tout contrôle sur lui-même et, torturé par l'angoisse qu'il pouvait mettre fin à ses jours, il se mit à courir. Il lui semblait qu'à ce moment quelqu'un lui criait : Elance-toi dedans, tue-toi!

A plusieurs reprises il eut l'idée impulsive de se trancher avec les dents le doigt ou la langue. Comme il n'était plus sûr de lui-même, il se présenta au bureau de police d'où il fut envoyé à l'hôpital.

Le malade a l'air intelligent, mais bouleversé ; il est un peu anémique et sa nutrition a baissé. Il n'a pas de fièvre, les organes végétatifs ne présentent rien.

Sur le squelette rien d'anormal. Aucun trouble sensitif ni moteur. Son sommeil est troublé par des tressaillements fréquents et des soubresauts, surtout au moment de s'endormir. Le malade se sent faible ; le matin en se levant il a le vertige, comme s'il était gris. Il est tout à fait lucide et déclare lui-même que sa maladie n'est qu'une maladie de tête. Les idées dont il a été parlé firent des retours violents jusqu'au 27 ; l'aspect des couteaux le faisait tressaillir, mais il se rassurait facilement se sachant protégé à l'hôpital. Du 1er au 6 mars il eut une pneumonie croupale avec fièvre très vive. Les idées obsédantes ont disparu et ne reviennent pas non plus pendant la convalescence, de sorte que le 17 mars le malade sent qu'il a repris possession d'un calme parfait et de sa capacité physique ; il quitte l'hôpital guéri.

D. — Troubles de la perception[1]

Une impression sensorielle, pour pouvoir entrer dans la conscience, doit évoquer dans les centres de perception de l'écorce cérébrale la représentation du souvenir correspondant. Ce résultat est favorisé par un processus d'innervation dans l'organe psychique qu'on appelle l'attention. L'intensité de ce processus d'excitation varie sans cesse et par suite la limite minima du pouvoir d'irritabilité est sans cesse déplacée. L'attente d'une impression sensorielle favorise la perception, tandis que certaines impressions sensorielles ne sont jamais transformées en perceptions parce que l'attention manque ou a été détournée.

La perception chez les aliénés est modifiée de beaucoup de manières. Elle est réduite même à néant par suite de la concentration de la conscience sur les phénomènes intérieurs (mélancolie avec stupeur, extase), comme chez l'homme normal absorbé complètement par un travail intellectuel ; de sorte que seule la chose qui tombe dans le champ visuel très restreint de l'objet que l'individu se représente, peut être remarquée. Un fait analogue a lieu chez les somnambules qui ne voient que les choses ayant un rapport avec les images de leurs rêves, et dans le somnambulisme hypnotique où les perceptions n'ont lieu que par suggestion. La perception peut devenir impossible par le manque d'excitabilité de l'organe de perception (état d'épuisement, stupeur) ou par la perte de cet organe et la perte consécutive des représentations de souvenir qui y sont mises en dépôt (cécité et surdité psychiques, imbécillité). Une accentuation de la capacité de perception se produit pendant les émotions d'attente des individus malades ou normaux, puis dans les états d'excitation psychique légère (exaltation maniaque, hystérisme, états fiévreux). Elle se manifeste non seulement par une plus grande facilité de la perception sensorielle, mais aussi dans certains cas par une plus grande acuité de cette dernière (chez certains hystériques, certains hypocondriaques). Emminghaus fait remarquer avec justesse que dans cet « éréthisme cérébral » l'attention est conti-

[1] Emminghaus, *Op. cit.*, p. 108, 110.

nuellement occupée par des phénomènes sensoriels. Par suite de cette préoccupation de la conscience dirigée exclusivement d'un seul côté, la faculté intracentrale de la pensée et du jugement doit fatalement subir un dérangement (distraction comme phénomène contraire de la concentration).

E. — Troubles dans la reproduction des représentations (mémoire)[1]

La reproduction des représentations peut acquérir une facilité anormale ou se faire avec une difficulté anormale.

La reproduction facilitée (hypermnésie) se rencontre dans les états d'exaltation (manie) comme phénomène partiel de la marche rapide des processus psychiques. Ordinairement les représentations reproduites sont, dans le cas d'hypermnésie, annotées par les sentiments avec une intensité anormale. Un fait surprenant dans ces états d'exaltation, c'est la facilité et la netteté avec laquelle une grande quantité d'images et de représentations qui semblaient disparues pour jamais, sont évoquées dans la conscience.

Les lacunes de la mémoire constituent des phénomènes bien plus importants (amnésie). L'amnésie est due à une simple entrave, le plus souvent temporaire, dans la reproduction de la représentation qu'on a virtuellement reçue, ou bien elle est causée par une absence réelle et durable de la représentation qui a été perdue.

Dans le premier cas, il n'y a qu'un simple trouble fonctionnel dans l'organe de la mémoire. La reproduction devenue difficile ou temporairement impossible, est un phénomène partiel de l'arrêt général des processus psychiques (mélancolie, cérébrasthénie) ou d'un épuisement plus ou moins profond de l'organe psychique (états de fatigue ou d'épuisement intellectuel) ; on peut attribuer ce phénomène en partie à la faiblesse des impressions extérieures, à la notation défectueuse des représentations, à l'affaiblissement ou à l'arrêt des associations d'idées. Le malade se rend compte de ce trouble et en est péniblement affecté.

La perte réelle des images de souvenir est ordinairement une lacune durable dans le domaine intellectuel et elle est causée par une maladie destructive grave de l'organe psychique (démence paralytique sénile, etc.).

Dans ce cas, il y a amnésie dans la vraie acception du mot. Au début de ces processus destructifs il n'y a qu'une faiblesse de reproduction en ce qui concerne les événements du passé peu lointain. Ribot démontre par les lois empiriques comment cette faiblesse de reproduction s'étend successivement jusqu'aux faits du passé le plus reculé, à mesure que la maladie du cerveau progresse (amnésie progressive), comment finalement l'individu perd même les impressions de son enfance et jusqu'au souvenir de son ancienne personnalité.

Dans les cas très rares où la mémoire revient (certains cas de stupidité et folie traumatique), la reconstitution des souvenirs se fait à reculons, sui-

[1] Ribot, *Les maladies de la mémoire*, 1882.

vant l'ordre dans lequel ils ont disparu successivement, de sorte que ce sont les événements du passé le moins éloigné qui reviennent le plus tard dans la mémoire. Dans les cas où le passé le plus récent s'est effacé de la mémoire, le malade vit dans le passé le plus reculé. Cette lacune peut s'étendre à des années et même à des dizaines d'années.

L'amnésie peut être épisodique ou temporaire, quand les événements arrivés pendant une maladie ne peuvent être reproduits ou ne peuvent l'être que très incomplètement.

Ce qui est probablement décisif pour la faculté de se souvenir des faits arrivés pendant une maladie, c'est l'intensité du trouble de la conscience qui a été causé par la maladie elle-même; du moins il y a une marche à peu près parallèle entre le trouble de la mémoire et le trouble de la conscience. Ce parallélisme subsiste aussi entre le trouble de la conscience et l'acuité du processus morbide.

Dans les états de folie suraigus, le souvenir disparaît absolument (états alcooliques pathologiques, délires toxiques, manie transitoire, raptus mélancolique, grand mal des épileptiques, émotions pathologiques, etc.).

Dans d'autres formes de la folie, l'absence de la mémoire n'existe qu'au moment du délire (extase, somnambulisme, certains états épileptiques), ce qui pourrait s'expliquer par le fait que pendant l'état les phénomènes du monde extérieur ne sont plus perçus ou que du moins les impressions sensorielles sont rares et faibles, tandis que les excitations centrales et spontanées (par excitation organique physiologique) sont très vives.

Dans les états de folie aiguë (mélancolie aiguë, manie, folie, stupeur, certains délires épileptiques) le souvenir est ordinairement très vague.

Dans les cas chroniques le souvenir de tous les faits et de tous les événements est conservé et souvent avec des détails pénibles.

Il est des cas très intéressants où l'amnésie concernant la période de la maladie, s'étend à une partie du temps qui a précédé l'accès morbide et qui appartenait encore à la vie intellectuelle normale.

Ribot (*op. cit.*, p. 79) rapporte un exemple très curieux de cette « amnésie destructive temporaire ». Une jeune femme est prise d'une longue syncope pendant le puerperium. Quand elle eut repris ses sens, elle avait perdu d'une façon durable le souvenir de tout ce qui s'était passé depuis son mariage, tandis qu'elle se rappelait très bien toute la période de sa vie antérieure à son mariage. Ce n'est que sur l'affirmation de ses parents qu'elle finit par croire qu'elle était mariée.

Cette amnésie rétroactive est moins rare après les trauma capitis. Ribot cite (p. 51-58) des exemples très intéressants.

Enfin les amnésies partielles offrent un grand intérêt scientifique[1]. Elles s'expliquent, quand on les étudie d'après la nouvelle physiologie de l'écorce cérébrale, dans laquelle chaque zone sensorielle représente le siège central d'images de souvenir qui lui appartiennent ou qui ont été acquises par elle. Ces amnésies partielles peuvent être occasionnées par des mala-

[1] Ribot, *Op. cit.*, cap. III.

dies corticales fonctionnelles ou par des maladies localisées en foyer. L'aphasie, la surdité et la cécité psychiques, sont des exemples de ce genre de maladies. Un exemple bien classique d'amnésie visuelle se trouve cité dans le nouveau cours de Charcot, 1886, p. 146.

Ces amnésies partielles se rencontrent souvent d'une façon temporaire et épisodique dans les psychoses hystériques et épileptiques, ensuite comme amnésies durables et progressives dans les premières phases de la démence paralytique et de la démence sénile. Evidemment celles des énergies de la mémoire qui étaient mal douées ou peu exercées se perdent les premières.

Comme transition vers les troubles élémentaires étudiés dans le chapitre suivant, nous devons encore rappeler ce genre de trouble de la mémoire qui consiste en ce que les représentations de l'imagination se présentent à la conscience comme des souvenirs ou que les images des souvenirs réels sont faussées et travesties.

Ce trouble de la mémoire qui touche déjà au domaine des troubles de l'imagination, de la conscience (critique) et des illusions, peut être appelé paramnésie[1], ou travestissement des souvenirs, d'après Kräpelin, ou illusions de la mémoire, d'après Sully. D'après l'analogie des hallucinations, Sully distingue avec beaucoup de justesse :

1° *Illusions de la mémoire, c'est-à-dire souvenirs de faits auxquels on n'a jamais assisté.* — Dans ce cas, le malade croit que des choses de pure imagination lui sont arrivées. Ces illusions de la mémoire constituent des défauts de critique et ont pour cause la faiblesse du jugement ou la vivacité particulière de l'impression présente qui éveille une image attribuée faussement à un souvenir. Cette confusion d'une représentation vive et actuelle avec un souvenir se produit communément chez les paralytiques qui parlent de prétendues visites, racontent des aventures imaginaires, font des contes bleus sur des épisodes entiers de leur vie et surpassent souvent les récits du fameux baron Crac (hallucinations de la mémoire, pseudo-hallucinations).

On peut encore à la rigueur classer dans cette catégorie le simple défaut de critique qui consiste à confondre les choses rêvées, lues, apprises ou apparues dans le délire, avec les choses réellement vécues. Cette paramnésie analogue à la confusion entre les rêves et les réalités qui se produit souvent chez les enfants, peut se rencontrer au début de la démence sénile, dans les états d'épuisement neurasthénique, dans la démence paralytique. Cette erreur est assez insignifiante, car son objet tombe bientôt totalement dans l'oubli.

Il se produit des phénomènes analogues plus fréquents et plus importants chez les mélancoliques qui confondent les crimes dont ils ont entendu parler ou dont ils ont lu les récits avec des crimes qu'ils croient avoir commis eux-mêmes, et qui, suivant les circonstances, s'accusent eux-

[1] Kräpelin, *Arch. f. Psychiatrie*, XVII, II, 3, XVIII, II, 2. — Buccola, *Rivista di filosofia scientifica*, II, fasc. 6. — Sully, *Illusions. Bibliothèque scientifique internat.*

mêmes de forfaits. Il en est de même de la confusion faite par les fous et les paranoïques entre les images du délire et les événements vécus.

Kräpelin fait remarquer avec raison que ces erreurs de la critique (faussement des souvenirs, Kräpelin) diffèrent des illusions de la mémoire, créations purement imaginatives, par la constance de leur objet, tandis que la nature de ces dernières varie et change souvent en entendant un nouveau récit.

2° *Illusions de la mémoire dans le sens plus restreint du mot, c'est-à-dire images de souvenirs faussées et travesties.* — Ce trouble a pour cause un défaut de fidélité dans la reproduction combinée à une vive imagination ou bien l'influence trompeuse et illusoire d'un état d'esprit momentané. Le passé apparaît alors avec les tons, les couleurs du présent (Sully). Le dernier moment joue un rôle dans les illusions de la mémoire des mélancoliques et des maniaques.

La première des conditions énumérées, le manque de fidélité dans la reproduction, se trouve remplie surtout dans les états de faiblesse psychique, chez les paranoïques et les hystériques.

Ces malades ainsi que les personnes atteintes de folie morale présentent ce caractère particulier, le manque de fidélité dans la reproduction par suite duquel ils prennent pour identiques deux représentations dont l'une n'a été que ressemblante à l'autre sans lui être identique. Par ce fait même ces malades deviennent fatalement des menteurs (inconscients); ils présentent sous un jour défiguré les choses qu'ils ont vécues.

Comme cas de paramnésie tout à fait particulier et appartenant à cette catégorie, il faut mentionner « l'illusion du souvenir[1] » ou souvenir faussé par identification (Kräpelin), c'est-à-dire identification d'une situation présente avec une autre qu'on croit avoir déjà traversée une fois dans le passé. Cette illusion bien curieuse se rencontre plus souvent chez les sujets aux facultés mentales normales, dans les états de fatigue ou d'épuisement léger, que chez les aliénés (Paranoia, états de faiblesse psychique, épilepsie, parfois aussi manie). Les neurasthéniques aussi sont sujets à cette illusion. Quand la conscience reste intacte, un sentiment pénible d'incertitude se joint à l'illusion. La faiblesse des impressions du présent, en même temps que la ressemblance de ces dernières avec une situation antérieure, semble être la base de cette illusion. Cependant il se peut aussi que ce soit la pâleur de l'image du souvenir qui exerce son influence dans ce cas, comme lorsque l'on confond deux personnes différentes.

F. — Anomalies dans la reproduction des représentations (imagination)[2]

Comme dans les cas de troubles de la mémoire, ici aussi il y a des états d'imagination accentuée et d'imagination affaiblie et même anéantie. Dans

[1] Kräpelin, *Arch. f. Psych.*, XVIII, fasc. 2, p. 409, avec citation des documents.
[2] Emminghaus, *Psychopatholog.*, p. 133, 176.

la folie, ces états d'activité imaginative accentuée coïncident en général avec des états d'excitation psychique et avec une plus grande facilité de l'association. La vivacité des représentations et l'augmentation de leur intensité, causée souvent par leur origine physiologique, favorisent le travail de l'imagination. Les créations de cette dernière frisent alors la frontière des illusions, et souvent ces représentations particulièrement vives, que l'aliéné a en commun avec l'enfant et avec l'artiste, sont prises pour des hallucinations.

L'activité de l'imagination est surtout très augmentée dans les états d'excitation des paralytiques, dans certains états épileptoïdes et dans la paranoïa, notamment dans sa forme primitive.

Les productions imaginatives et plastiques de ces malades ne laissent rien à désirer en ce qui concerne l'essor de l'imagination, bien qu'elles laissent beaucoup à désirer en ce qui concerne la valeur esthétique et l'enchaînement logique ; elles surpassent parfois l'imagination la plus hardie du poète.

La perte de l'imagination, et plus encore le caractère baroque et monstrueux des créations, est un symptôme de faiblesse psychique ; chez les artistes fous, c'est un réactif délicat qui se montre au début de la décadence psychique (disparition des sentiments esthétiques).

II. — Troubles dans la nature des représentations.
(IDÉES DÉLIRANTES)[1]

Parmi les phénomènes les plus intéressants et les plus importants, il faut compter les idées délirantes, c'est-à-dire les altérations de la nature de la représentation par suite d'une maladie cérébrale.

L'opinion des profanes que le signe caractéristique et manifeste de la folie est l'existence des idées délirantes, est d'ailleurs absolument fausse. Au lieu d'idées délirantes la maladie peut présenter simplement des troubles dans le mode de formation des représentations ou des symptômes d'absence dans la partie intellectuelle de la vie psychique.

La preuve de l'existence d'une idée délirante comme symptôme d'une maladie mentale est de la plus grande importance.

Du fait qu'un individu manifeste une idée erronée, on ne peut cependant pas en conclure que cet individu soit fou. L'homme sain d'esprit peut aussi faire des erreurs épouvantables et dépasser sur ce sujet même le fou.

[1] Ouvrages : Falret, *Malad. ment.*, p. 351. — Krauss, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 15, fasc. 6, 16, fasc. 1. — Flemming, *Ibid.*, 28, 30 (*zur Genesis der Wahnsinnsdelirien*). — Hagen, *Studien*, 1874 (chap. *Fixe Ideen*). — Emminghaus, *Op. cit.*, p. 202. — Schüle, *Hb.*, p. 69. — Mendel., dans la *Realencyclop.* d'Eulenburg, Art. *Delirium*. — Spécialement sur les délires primordiaux, voir : Griesinger, *Arch. f. Psych.*, 1, p. 148. — Snell, *Allgem. Zeitsch. f. Psych.*, 22. — Sander, *Arch. f. Psych.*, 1. — Westphal, *Allgem. Zeitschr f. Psych.*, p. 34. — Sur la monomanie de la grandeur : Tigges, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 20. — Falret, *La folie paralytique*, 14. — Meschede, *Wirchow's Arch.*, 34. — Taguet, *Annal. méd. psych.*, 1873, janv. ; 1874, mai. — Sur la monomanie de la persécution : Zenker, *Irrenfreund*, 1874, 2. — Legrand du Saulle, *Le délire des persécut.*, Paris, 1870.

Par contre, l'illusion d'un aliéné ne contient pas forcément une idée objectivement impossible (croyance à l'infidélité conjugale, au danger d'un empoisonnement); elle peut même, prise objectivement, être très juste et pourtant avoir le caractère et la valeur d'une idée délirante. Tel est le cas lorsque, par exemple, l'idée conçue par un mélancolique hypocondriaque (syphilitique, je suppose) qu'il est malade, ne se base pas sur un fait de diagnostic obtenu par des connaissances médicales, mais qu'elle est un essai d'explication donné par un individu dont l'esprit est troublé et qui, pour motiver ses sensations morbides, aurait aussi bien pu désigner au hasard une autre maladie dont il ne souffre pas du tout. Pour constater l'existence d'une idée délirante comme le veut la science psychiatrique, la nature de l'idée n'est pas décisive, d'autant moins que même la teneur la plus monstrueuse ne garantit point que l'individu soit convaincu de son opinion; car il peut s'agir aussi d'un cas de simulation.

Même le fait qu'un individu agit dans le sens de son idée délirante, ne peut donner aucune garantie.

Ce n'est pas la nature de l'idée délirante qui détermine le caractère du symptôme, mais c'est plutôt son mode d'origine, puis son interprétation et son attitude en présence de la conscience passée et présente de l'individu.

Voici des considérations sur lesquelles on pourrait se guider pour distinguer l'idée délirante d'un aliéné de l'erreur d'un homme sain d'esprit.

1° L'idée délirante est le produit d'une maladie cérébrale : donc elle a une pathogénie; c'est un phénomène partiel d'un état général morbide : donc elle est en connexité étiologique et clinique avec d'autres symptômes (émotion, états d'esprit morbides, sensations). Par contre l'erreur d'un individu normal provient d'une faute commise dans une conclusion logique et d'une prémisse fausse résultant de l'ignorance, du manque d'attention ou d'un parti pris (passion, superstition, etc.).

2° Précisément parce que l'idée délirante du fou est le symptôme d'une maladie cérébrale, ni la logique ni le raisonnement ne peuvent rien faire contre elle. L'idée délirante reste debout et cesse avec la maladie qui l'a causée. Il est aussi impossible de détruire par la discussion l'illusion d'un malade qu'il est impossible de guérir sa maladie par des discours. L'homme normal au contraire se convaincra de son erreur et en reviendra aussitôt qu'on lui en aura prouvé l'absurdité.

3° En tant que l'idée délirante du malade a pour condition un trouble profond de ses fonctions intellectuelles, on comprend que cette idée peut se trouver en contradiction manifeste et éclatante avec son Moi d'autrefois, de même qu'avec son ancienne manière de raisonner et de profiter des expériences (un magicien qui croit pouvoir voler en l'air, un mathématicien qui croit avoir trouvé la quadrature du cercle, un chimiste prétendant avoir trouvé le secret de faire de l'or). L'erreur d'un homme normal est explicable par ses anciennes manières de voir, son degré d'instruction; du moins il n'existe aucune contradiction.

4° L'idée délirante d'un aliéné a toujours une signification subjective,

un rapport intime avec ses intérêts; l'illusion de l'homme normal apparaît comme une erreur purement objective. Tous les deux peuvent croire à l'existence des sorcières, par exemple; mais celui-ci n'y croit que par superstition, par étroitesse d'esprit; tandis que celui-là y croit parce qu'il les voit, qu'il les sent et qu'il se croit menacé par elles.

Cela explique la réaction différente que l'illusion produit dans l'un et dans l'autre cas : chez l'homme normal l'erreur n'aura pas une influence particulière sur sa manière d'agir; chez l'aliéné, tant que l'état d'imbécillité ne se sera pas encore produit, l'illusion pourra amener les plus violentes réactions dans les sentiments et dans les actes. C'est le cas d'appliquer le mot : tua res agitur.

Seul l'examen qui nous ramène aux conditions d'origine d'une idée délirante peut être décisif pour le diagnostic.

Comment naissent les idées délirantes? Les voies sont les mêmes que celles par lesquelles, dans la vie physiologique, l'expérience s'enrichit. Nous acquérons de nouvelles idées justes : 1° en tirant des jugements et des conclusions de prémisses données, pourvu que les deux opérations s'accomplissent d'une manière impeccable (combinaison et idéation); 2° par des perceptions nouvelles et justes des sens (voie perceptive). Par conséquent, les idées délirantes naissent : 1° ou par la formation d'un faux jugement et d'une fausse conclusion, respectivement de fausses prémisses (voie idéatoire), ou 2° par de fausses perceptions (voie hallucinatoire).

Selon l'origine idéatoire ou hallucinatoire des idées délirantes on peut distinguer des délires des idées et des délires des sens.

La représentation qui devient idée délirante (ou hallucination) peut prendre son origine dans la sphère de la vie psychique consciente ou dans celle de la vie psychique inconsciente. Dans le premier cas la transformation de la représentation en idée délirante se basera sur un phénomène psychologique conscient; dans le second cas, il faudra admettre une origine organique inconsciente dont l'idée délirante sera le résultat tout fait.

Voici quels sont les modes d'origine des troubles dans la nature des représentations de la sphère de la conscience :

1° Jugements faux portés sur des états morbides de la conscience (émotions, états d'esprit morbides, etc.), ou sur des sensations;

2° Fausses combinaisons des perceptions et des expériences, ce qui amène à des conclusions fausses;

3° Confusion des choses rêvées, lues, etc., avec les choses vécues.

Les cas des deux premiers groupes peuvent être désignés comme des délires de jugements, ceux du 3e groupe comme des délires de mémoire. Le deuxième mode d'origine dans la formation organique de l'illusion dans le domaine de l'inconscient peut être central ou réflexe.

Dans le premier cas, le délire apparaît comme le produit direct d'un trouble des processus de nutrition dans l'écorce cérébrale (fièvre, intoxication, inanition); dans le deuxième cas, le délire est produit indirectement par voie réflexe et par la transmission de l'excitation d'un organe périphérique. A ce sujet les troubles fonctionnels ou organiques de l'appareil

de la digestion (délires hypocondriaques) et de l'appareil génital (délires érotiques) sont d'une importance particulière. Ce qui est d'une grande importance clinique, c'est le contraste qui existe entre les troubles dans la nature des représentations produites par une fausse motivation ou une fausse explication, donc non pas par combinaison et idéation, dans la sphère de la conscience, et les troubles provenant d'une cause organique, réveillés inconsciemment et transmis inconsciemment à la conscience.

Il faudrait recommander de se servir à ce sujet de termes différents et de désigner les premiers comme des idées délirantes et les seconds comme des délires.

Les premiers se distinguent encore des derniers par le fait que leur mode d'origine psychologique est évident, qu'on peut remonter à leur genèse, qu'ils correspondent à l'état d'esprit de l'individu, qu'ils se conforment à la marche de l'association des idées, qu'ils deviennent un élément logique de la représentation et mènent à des associations systématiques d'idées délirantes.

Les derniers (délires) ne sont nullement conformes à la manière de sentir et de concevoir habituelle; ils y sont même opposés, suivant les circonstances. Ils ne satisfont pas au point de vue logique le malade; au contraire, il lui causent de la surprise et de la stupéfaction, font sur lui plutôt une impression pénible, inquiétante, semblable à celle produite par les idées obsédantes. Au début, le malade ne sait pas quel parti prendre avec ces intrus; ce n'est que plus tard qu'il se les assimile et qu'il se les explique laborieusement, après qu'ils se sont imposés à sa manière de penser et de sentir.

Au début ils exercent un effet déprimant et non point un effet d'allégement.

Une question intéressante, c'est de savoir par quoi la nature des idées délirantes est déterminée ou occasionnée.

L'avis des profanes que le délire, en ce qui concerne sa nature, se règle sur la cause morale spéciale qui a causé l'explosion de la folie, est erronée; car ce n'est que dans des cas rares que les événements accablants qui ont précédé la maladie ou qui en ont été la cause, persistent pendant la maladie et continuent à se manifester tant que leur souvenir ne s'est pas encore effacé, ou bien quand ils sont constamment reproduits sous l'influence d'un élément physique tel, par exemple, qu'une névralgie produite brusquement et associée avec une représentation étiologique importante. Ordinairement ils n'apparaissent pas dans la conscience morbide, puisqu'ils ne forment qu'un anneau dans la chaîne des éléments étiologiques ou qu'ils n'apprennent rien au point de vue pathogénique. Ce qui est important, c'est la maladie cérébrale. Celle-ci amène un changement dans l'état et dans la nature de la conscience, détermine par son caractère particulier la nature des délires éventuels.

La nature spéciale des idées délirantes paraît dépendre :

1° De la nature du processus morbide dans l'écorce cérébrale. Il est surprenant, et c'est avec raison que Griesinger a particulièrement insisté sur

ce fait, que chez les malades de peuples et d'époques les plus différents, certaines maladies produisent toujours les mêmes idées délirantes typiques ; c'est à croire que tous ces malades ont lu le même roman ou qu'ils ont été contagionnés l'un par l'autre. Ce fait est particulièrement vrai pour les délires primitifs et dénués de toute base hallucinatoire ou émotive, tels que, par exemple, la paranoïa (produisant du délire de persécution ou des grandeurs), la démence paralytique (produisant du délire des grandeurs primitif) la démence sénile (se manifestant comme délire nihiliste) l'alcoolisme chronique (se manifestant par jalousie délirante). C'est sans doute dans la particularité du processus morbide qu'il faut chercher la raison pour laquelle les délires ont le même caractère.

Griesinger a appliqué à ces délires primitifs la désignation très juste de « délires primordiaux », et d'une façon très spirituelle il les compare aux délires des couleurs qui se produisent chez les épileptiques comme aura des accès ; on sait que, dans ce dernier cas, l'excitation centrale ne produit que très peu de couleurs (rouge surtout) qui reviennent toujours les mêmes chez tous les malades sujets à l'aura, alors qu'il pourrait se produire un si grand nombre de tons des plus variés.

Les délires typiques dans le delirium tremens, dans l'ivresse par l'opium et dans quelques autres autres intoxications, semblent évidemment causés eux aussi par des excitations spécifiques.

En présence de ces faits, on peut très légitimement poser la question de savoir si dans les processus des psychoses il y a des délires typiques dont la valeur diagnostique serait alors très précieuse. Cette question mérite un examen approfondi. Dans l'état actuel de la science, nous pouvons citer des délires et des combinaisons de délires qui ont une valeur diagnostique empirique et qui, pour le spécialiste expérimenté, contiennent une indication directe pour admettre l'existence d'une maladie particulière ou du moins d'un état cérébral spécial.

Ainsi, par exemple, les délires micromaniaques et nihilistes justifieront les hypothèses d'une psychose organique grave (démence paralytique, sénile), ou du moins d'une psychose du cerveau.

Il faut aussi noter les monomanies typiques et romanesques de la persécution et des grandeurs réunies dans la forme originaire de la paranoïa (forme de Sanders) ; le délire de la persécution physique dans la paranoïa tardive sur base neurasthénique, notamment dans les cas produits par la neurasthénie sexuelle et quand ce délire est accompagné d'hallucinations olfactives ; les hallucinations auditives de nature obscène ou persécutrice dans le cas de folie alcoolique ; le délire de la persécution, religieux et expansif, chez certains épileptiques avec « titres de dieux et délire des grandeurs » (Samt) ; les représentations obsédantes typiques de la folie du doute avec délire du toucher, etc.

2° La nature spéciale de la fausse représentation dépend de l'état d'esprit et des tendances qui prévalent chez l'individu. Tel est surtout le cas pour toutes les idées délirantes qui se sont produites par syllogisme ou par formation d'un jugement (essais d'explications erronés d'états mor-

bides de la conscience, interprétation des sensations dans la conscience pathologiquement altérée).

3° Le degré d'instruction, le milieu et le genre d'occupations du malade sont souvent décisifs.

Cela s'explique par le fait que la représentation morbide est alimentée par la vie intellectuelle antérieure et que, en même temps, l'activité de l'imagination, dans ses créations fantastiques, est sans bornes.

Cette dépendance de l'ancien état intellectuel se fait sentir bien nettement dans les délires des paralytiques. Les opinions politiques et sociales des différents peuples et des différentes époques se reflètent aussi dans les délires des malades.

Le délire de persécution par le diable du moyen âge est aujourd'hui en grande partie remplacé par le délire de persécution par la police, par les francs-maçons, les jésuites, etc.

4° Enfin les troubles fonctionnels des organes extracéphalique sont importants, qu'ils soient la cause ou les accessoires de la psychose.

Ces troubles peuvent causer des délires de deux façons :

α). Par une excitation organique directe de l'organe psychique dans le sens des délires primordiaux qui ne parviennent pas à la conscience du malade (délires érotiques, hypocondriaques) ;

β). Le malade donne par la réflexion et en essayant de trouver une explication, une interprétation fausse, allégorique et imaginaire des sensations qu'il éprouve et qui sont causées par des maladies extracéphaliques.

Ce dernier mode d'origine est très important au point de vue pratique et il nous amène à poser la question de savoir quelle valeur clinique pourrait avoir la nature spéciale des délires et des idées délirantes. Là encore l'opinion des profanes diffère totalement de celle de la science.

Le profane ne s'en tient que trop à la nature particulière d'une idée délirante, tandis qu'au point de vue scientifique il importe souvent très peu ou pas du tout que le malade se croie Jules César, ou Napoléon, ou Bismarck, ou le Messie, ou même le Père Éternel.

Au point de vue clinique, l'idée délirante d'un malade a cependant une importance :

1° Cette idée, pour subsister, a besoin d'un trouble profond de la raison, de la critique, du jugement, ou d'une atteinte grave de la conscience ; par conséquent elle constitue un symptôme indiquant l'existence d'une de ces défectuosités.

2° Elle indique la gravité d'un processus morbide (par exemple, délires micromaniaques, nihiliste) et elle contient même des indications pathologiques spéciales pour le diagnostic clinique spécial.

3° La nature d'une idée délirante peut être un symptôme local de processus fonctionnels et organiques anormaux qui ont lieu dans les organes extracéphaliques et qui sont importants au point de vue étiologique, diagnostique et thérapeuthique ; soit que l'idée délirante se mani-

feste comme délire primordial ou comme une allégorie des sensations qui ont pénétré dans la conscience.

C'est la tâche de la clinique de trouver ce noyau sous l'enveloppe de l'allégorie et de l'en détacher. Les idées délirantes des aliénés ne sont pas toujours des chimères sans signification; ce n'est pas non plus toujours le cas pour les images des rêves de l'homme qui dort.

De même que, chez ce dernier, l'idée fantastique qu'on l'étrangle par exemple peut se baser sur un commencement d'angine, l'idée d'un coup de lance sur une pleurésie ou une pleurodynie ; de même nous trouvons souvent chez l'aliéné comme noyau d'une idée délirante des faits somatiques morbides, bien entendu interprétés faussement et exagérés d'une manière fantastique.

Ainsi l'idée délirante qu'on a perdu certaines parties du corps peut provenir de l'anesthésie de ces parties; l'idée qu'on est torturé par des êtres invisibles peut être basée sur des sensations paralgiques; l'idée qu'on a des serpents dans le ventre peut provenir d'une augmentation du péristaltisme intestinal; l'idée qu'on a une bête dans l'estomac peut être due à un ulcère rond; l'idée qu'on est en état de grossesse peut provenir d'une colique utérine. Ces délires du jugement sont à l'ordre du jour dans les maladies qui se développent sur une base neurasthénique, hypocondriaque, hystérique.

4° L'idée délirante peut encore être importante comme signe d'un danger menaçant le malade et son entourage, comme manifestation de passions qui dominent le malade et comme motif d'états d'esprit, d'émotions, d'impulsions et d'actes qui autrement seraient inexplicables.

5° Enfin l'échafaudage particulier de l'idée délirante est une échelle qui sert à mesurer le niveau intellectuel du malade quand il était en bonne santé.

On peut citer comme délires remarquables dans leur nature :

1° *Le délire dépressif :*

α). Quand il est motivé par un changement de condition survenu par sa propre faute, il y a de la micromanie mélancolique (crainte du péché, des crimes, démonomanie, zoanthropie, délire nihiliste et délire des négations).

β). Quand il est provoqué par un changement de condition dû à la faute d'autrui, ou du moins non à sa propre faute, il se produit du délire des persécutions, comme dans la paranoïa et dans la folie.

γ). Délire hypocondriaque (et micromaniaque).

2° *Le délire expansif* (délire des grandeurs) comme motivation ou comme essai d'explication d'états d'esprit expansifs (manie) ou comme délire primordial (dans les processus cérébraux organiques graves, surtout dans la démence paralytique, mais aussi dans la folie et la paranoïa).

3° *Le délire de perception* causé par des troubles de la reproduction et de la perception.

Il faut ranger dans cette catégorie le délire métabolique (Mendel), dans lequel l'individu croit s'être transformé d'une façon générale, idée délirante qui provient de l'inexactitude des images de souvenir et d'une nouvelle notation des perceptions, des illusions ; ensuite le délire

palingnostique (Mendel), basé sur des erreurs de souvenir, compliquées d'une fausse critique. Ces délires de perception se rencontrent dans la paranoïa, la paralysie, la mélancolie et la manie.

L'influence des idées délirantes sur les autres sphères de la vie intellectuelle est puissante et très importante. La réaction produite par l'idée délirante est à peu près la même que celle qui se produirait si cette idée était une réalité de la vie normale. La connaissance de la personnalité prémorbide, de son tempérament et de son caractère, est donc d'une grande valeur pour présumer si un malade pourra réagir contre son idée délirante et de quelle façon. Etablir cette supposition, est chose d'une grande importance pratique. Cela se voit d'ailleurs bien nettement dans la paranoïa avec délire des persécutions.

En général, on doit s'attendre de la part du malade à des actes dans le sens de l'idée délirante, tant que cette idée est encore nouvelle et provoquée par des émotions et des hallucinations.

Les états d'esprit morbides et les émotions (surtout celles de l'angoisse) peuvent devenir très puissants. La démonstration que ces états d'esprit et ces émotions sont des phénomènes de réaction produits par l'idée délirante et non par des anomalies primitives ou des anomalies qui amènent la formation de l'idée délirante, est très importante pour le diagnostic différentiel.

Au point de vue clinique, il est très important de bien distinguer entre l'illusion fixe et l'illusion passagère. Dans le premier cas, il y a à craindre que des sphères de représentations encore normales soient faussées ou du moins annihilées. Comme l'illusion a, au point de vue psychologique, la même valeur fonctionnelle que la représentation juste, il est naturel qu'elle amène des associations, produise des sentiments et des désirs, influence l'ancienne personnalité dans ses sentiments, ses conceptions et ses tendances. Cette influence peut aller jusqu'à annihiler et même jusqu'à transformer l'ancienne personnalité.

Rien ne fait mieux ressortir la terrible puissance psychologique de l'illusion, que ce fait qu'elle peut changer la masse des conceptions les plus solidement associées et, historiquement, les mieux établies dans la conscience d'un individu. L'illusion qui s'est formée par explication et par combinaison, est fixe. Celle qui a été provoquée par des hallucinations, peut devenir fixe, si les phénomènes hallucinatoires persistent.

L'illusion explicative peut toujours être ramenée aux facteurs de son origine (changement d'état de la conscience, sensations morbides). En général, elle correspond à l'état d'esprit et à l'ensemble de la teneur des autres conceptions. Elle produit, contrairement au délire primordial, une satisfaction logique et par là un soulagement psychologique. L'illusion passagère est l'opposé de l'illusion fixe qui, la plupart du temps, s'est formée par suite d'essais d'explication d'un état quelconque.

Elle ne doit pas forcément être conforme à l'état d'esprit, elle peut même être tout à fait étrangère aux autres conceptions de l'individu. Par un retour continuel (fréquemment dans le délire primordial), elle peut

prendre, avec le temps, l'importance d'une illusion fixe, c'est-à-dire s'assimiler et devenir systématique.

Mais l'illusion fixe, elle-même, n'est pas toujours présente dans la conscience du malade, pas plus qu'une conception juste quelconque ne l'est toujours dans le cerveau d'un homme normal. Elle peut devenir temporairement latente, elle peut même se rectifier dans la période qui existe entre la rémission et l'intermission. Cet état ne doit pas être confondu avec celui où le malade cache à dessein son illusion (dissimulation).

La dissimulation n'est possible que quand il y a encore une certaine lucidité de la conscience qui fait reconnaître au malade le caractère choquant et bizarre de son illusion. Il s'agit toujours alors d'une folie systématique rentrant dans le cadre de la mélancolie et de la paranoïa.

C'est une supposition absolument fausse que de croire qu'un individu peut rester sain d'esprit en ayant une seule idée fixe. Cette supposition se base sur la confusion qu'on fait souvent entre une idée délirante et les tics et les bizarreries qui sont encore dans la sphère physiologique (les idées fixes proprement dites, selon le langage des profanes), ou avec les représentations obsédantes.

L'hypothèse d'une aliénation mentale partielle et d'une irresponsabilité partielle fondées sur cette confusion, est une théorie fausse et dangereuse.

Ainsi qu'il ressort clairement de ce que nous avons précédemment exposé, une idée délirante constitue toujours un trouble grave de la vie intellectuelle et ne peut pas se comprendre sans un trouble profond de la conscience, de la raison et du jugement.

Si un homme ayant une seule idée fixe était réellement sain, la reconnaissance de l'erreur et sa rectification devraient se faire immédiatement. La persistance de l'illusion malgré la bonne santé, prouve que la santé n'est qu'apparente et que l'individu est beaucoup plus malade qu'on ne le suppose.

Voilà pourquoi il est absolument indifférent pour juger en général d'un état mental, qu'il y ait une seule idée fixe ou qu'il y en ait plusieurs; une seule suffit. Ce qui frappe le plus les profanes, c'est que dans l'idée fixe il y a de la logique et de la méthode, que les malades savent souvent défendre, d'une manière très ingénieuse, leurs idées délirantes contre les contestations et qu'en tirant de leurs fausses prémisses des conclusions logiques, ils créent et échafaudent des illusions systématiques. Cette conservation de la forme logique des pensées, cette coordination psychique dans le mécanisme de la pensée, n'a rien de surprenant, quand on songe que l'exercice et l'habitude ont moulé le mécanisme de la pensée dans certaines formes logiques. Cette faculté ne se perd que dans les états terminaux de la faiblesse mentale, et c'est alors un symptôme très avancé de l'ébranlement de l'organe psychique.

CHAPITRE IV

TROUBLES DANS LA SPHÈRE MOTRICE DE LA VIE PSYCHIQUE (INSTINCT ET VOLONTÉ)

I. — Troubles de l'instinct.

Dans la vie physiologique, il y a un instinct de la conservation et un instinct génital. La vie morbide ne crée pas de nouveaux instincts, comme on l'avait supposé autrefois par erreur (instinct de l'assassinat, du vol, de l'incendie). Elle ne peut que diminuer les instincts naturels, ou les accentuer, ou les amener à des manifestations perverses.

A. — Anomalies de l'instinct de la nutrition[1]

D'après tout ce que nous savons jusqu'ici, c'est le nerf vague et non pas le sympathique (plexus cœliaque) qui transmet le sentiment général de la faim au sensorium. Le fait que même des matières indigestes peuvent apaiser le sentiment de la faim, prouve que ce sentiment est localisé dans les extensions des nerfs vagues à la paroi stomacale. On ne sait pas encore si ce sont les noyaux des nerfs vagues qui transmettent cette sensation, ou si c'est l'écorce cérébrale. Ferrier suppose que les lobes occipitaux sont le siège des sensations générales, et Voit admet comme probable qu'une région de l'écorce est le siège du sentiment de la soif.

1° *L'accentuation de l'instinct de la nutrition (hyperorexie)* est souvent observée épisodiquement ou d'une façon constante chez les hystériques, les neurasthéniques, les hypocondriaques, de sorte que, peu de temps après leur repas, ils éprouvent de nouveau un vif sentiment de la faim, accompagné de malaises violents et de sentiments de déplaisir général, besoin qui exige impérieusement d'être satisfait et qu'on apaise immédiatement en ingérant des quantités très petites de nourriture (fringale morbide, boulimie). Siller attribue ce phénomène à l'hyperesthésie des nerfs de la faim ; Rosenthal l'explique par l'hyperesthésie des centres gastriques du nerf vague. Il faut

[1] Michéa, *Gaz. des Hôp.*, 1862, 70, 71. — Siller, *Nervöse Magenkrankheiten*, 1886. — Rosenthal, *Magenneurosen*, Wien, 1886.

distinguer de ce phénomène l'absence du sentiment de la satiété (polyphagie), comme on le rencontre souvent épisodiquement chez les imbéciles, dans la démence paralytique. Ce phénomène ne suppose ni un sentiment de la faim, ni un besoin fréquent de nourriture. Seulement le malade, quand il se met à manger, n'en a jamais assez. Rosenthal suppose, pour expliquer ce fait, une anesthésie des centres du nerf vague. Parfois aussi, cette polyphagie peut être causée par l'anesthésie des nerfs gastriques périphériques (à la suite d'un catarrhe chronique de l'estomac ou d'une dilatation).

Ce désir croissant d'ingérer des aliments peut être aussi l'expression de l'ennui du mélancolique, ou d'un désir maniaque, ou bien il peut être motivé par des idées délirantes. Le malade a, par exemple, l'idée fixe qu'il a plusieurs enfants dans le ventre, qu'il est affligé d'un ver solitaire ou qu'il est un être dédoublé, etc.

La voracité qu'on observe dans la convalescence des psychoses graves, surtout des manies, est un phénomène physiologique, de même que l'appétit dévorant qu'on observe dans la convalescence d'autres maladies graves; elle s'explique quand on tient compte de la perte de poids, de la consomption énorme qui s'est faite pendant la maladie et à laquelle il faut une compensation.

Un phénomène qu'on pourrait encore classer dans cette catégorie, c'est le besoin très vif qu'éprouvent beaucoup de malades pour les articles de consommation dits de plaisir, tels que l'alcool, le tabac à fumer et le tabac à priser. Ce sont surtout dans les états de surexcitation et dans les manies que l'on observe ce fait. Un sentiment d'épuisement et aussi le plaisir très vif qu'on éprouve à cette consommation sont probablement les causes de cette tendance. L'impulsion à faire des abus d'alcool se rencontre fréquemment, surtout dans les états d'excitation maniaque avec base paralytique et sénile, puis dans les manies périodiques.

Dans les états d'épuisement physique, de même que dans la dépression psychique, on cherche souvent un soulagement et un renouveau dans l'alcool qu'on suppose capable de dissiper les préoccupations. Alors, avec cette base organique le malade peut arriver à l'alcoolisme chronique. Tel est souvent le cas dans la ménopause. Des gens de constitution névropathique, en voulant remédier à leur faiblesse irritable, sont souvent aussi poussés à l'abus de l'alcool et au morphinisme.

2° *La diminution de l'instinct de nutrition* (*anorexie*), chez certains mélancoliques, chez les hypocondriaques, les hystériques, est basée sur une hyperesthésie des nerfs gastriques qui fait qu'une petite quantité d'aliments cause tout de suite la sensation désagréable de la satiété, comme si l'estomac était rempli.

Plus souvent il s'agit dans les psychoses non pas d'une diminution de l'appétit, mais d'un refus de prendre des aliments (sitophobie par suite d'idées délirantes, l'idée qu'on commet un péché, qu'on n'est plus digne de manger, qu'on ne pourra payer les frais du repas, qu'on n'a plus de corps, qu'on est atteint d'un rétrécissement de l'estomac ou de l'intestin.

qu'on est mort, qu'on a les intestins pourris; ou bien il s'agit d'hallucinations du goût qui font croire que les aliments sont souillés ou empoisonnés).

3° *Les perversions de l'instinct de nutrition* présentent un grand intérêt. Elles se rencontrent aussi dans les névroses. Il faut citer comme telles la pica des chlorotiques (manger par friandise des petits morceaux de chaux, du sable, du sel, etc.), la préférence des hystériques pour les matières d'un goût et d'une odeur désagréables (asa fœtida, valériane, etc.), les envies de la grossesse qui peuvent produire les aberrations du goût les plus étranges (jus de tabac, terre, paille, etc.).

Pareillement on rencontre parfois chez les hypocondriaques[1], surtout quand la folie s'est développée sur une base onaniste et dégénérative, une véritable avidité à manger des choses répugnantes, une véritable impulsion au répugnant (araignées, crapauds, vers, sang humain, etc.). La cause semble parfois consister en ce que les malades attribuent aux objets dégoûtants une vertu curative. C'est sur cette base aussi que se manifestent parfois les désirs d'individus sains, mais superstitieux, d'avoir du sang d'exécutés, d'enfants innocents, de vierges, etc., matières auxquelles la légende populaire attribue une vertu curative (par exemple l'épilepsie, la syphilis).

Un phénomène bien antiesthétique qu'on rencontre chez les aliénés est l'impulsion à manger leurs propres excréments[2] (scatophagie, coprophagie). Il s'observe chez les fous furieux, les mélancoliques, les idiots, et suppose bien entendu un trouble profond de la conscience et une perversion du sens du goût. Ces phénomènes de perversion de l'instinct qui présente comme désirables des choses qui physiologiquement provoquent le dégoût et sont même abhorrées en pensée, indiquent plus ou moins une dégénérescence des éléments nerveux les plus finement organisés.

B. — Anomalies de l'instinct sexuel[3]

Ce sont des troubles élémentaires très importants, puisque c'est la nature des sentiments génésiques qui en grande partie détermine le caractère, la nature de la personnalité intellectuelle et particulièrement ses sentiments éthiques, esthétiques, ses tendances sociales. En outre les anomalies de la vie sexuelle mènent souvent à des aberrations sexuelles qui peuvent devenir des causes importantes de folie.

On constate des anomalies de l'instinct sexuel : 1° quand cet instinct est affaibli au point de faire défaut complètement (anesthésie); 2° quand il est accentué d'une manière anormale (hyperesthésie); 3° quand il se mani-

[1] L. Meyer, *Arch. f. Psych.*, II.

[2] Lang, *Psychiatr. Centralblat*, 1872, 12; 1873, 1. — Erlenmeyer, *Psych. Correspondenzblatt*, 1873, 2.

[3] Pour les documents : voir Krafft, *Psychopathia sexualis*, traduction française par Emile Laurent et Sigismond Csapo.

feste d'une façon perverse, c'est-à-dire quand son genre de satisfaction n'a pas pour but la conservation de l'espèce (paresthésie); 4° quand l'instinct se manifeste en dehors du moment des processus anatomo-physiologiques des organes génitaux (paradoxie).

1° *Anesthésie sexuelle.* — Toutes les impulsions organiques venant des organes génitaux, de même que toutes les représentations et impressions sensitives, laissent l'individu impassible au point de vue sexuel.

Ce phénomène est physiologique dans l'enfance et dans la vieillesse.

Pathologiquement elle se rencontre comme une anomalie congénitale ou acquise. Il y a des individus chez lesquels toute excitation sexuelle manque et a toujours fait défaut, quoique les organes génitaux soient développés et fonctionnent d'une manière normale.

Ces êtres sont très rares. Leur absence de fonction sexuelle est un phénomène de dégénérescence, de même que toutes les anomalies congénitales de la vie sexuelle. Plus fréquemment l'anesthésie sexuelle est une anomalie acquise : organiquement par la dégénérescence des voies conductrices et du centre génito-spinal (maladies de la moelle épinière) ou de l'écorce cérébrale (maladie diffuse au stade de l'atrophie); fonctionnellement par les excès sexuels, par l'alcoolisme, l'hystérie, la mélancolie et l'hypocondrie.

2° *Hyperesthésie sexuelle.* — Ici, il y a une tendance anormalement vive à la vie sexuelle, tendance provoquée par des excitations organiques, psychiques et sensorielles. Les transitions vers les états physiologiques ne sont guère perceptibles et la ligne de démarcation entre les deux états n'est pas nette. On peut désigner comme réellement morbide le réveil immédiat du désir après qu'on vient de le satisfaire, réveil qui occupe toute l'attention de l'individu; il en est de même du réveil du libido à l'aspect de personnes ou de choses qui, au point de vue sexuel, sont absolument indifférentes (Emminghaus). Dans ce cas, des sensations olfactives qui, non pas chez l'homme normal mais chez l'animal, ont une influence sur la vie sexuelle, peuvent avoir pour effet d'exciter sexuellement. Il est rare que le libido excessif soit provoqué par la voie périphérique, comme par exemple par le prurit, par l'eczéma des parties génitales. Dans la plupart des cas son origine est centrale et, détail à ajouter, c'est un phénomène partiel des maladies fonctionnelles de l'écorce cérébrale (hystérisme, états d'exaltation psychique) ou des maladies organiques du cerveau (démence paralytique, sénile). Mais il se peut que, dans ces cas, l'instinct génital ne soit accru qu'en apparence et qu'il disparaisse aussitôt que toutes les entraves de la vie intellectuelle normale disparaissent. Quand des délires sexuels et religieux se manifestent sans cesse, c'est plutôt la première de ces deux causes qu'on peut admettre comme exacte.

On a nommé satyriasis (chez l'homme) et nymphomanie (chez la femme) ces états d'excitation psychique, dans lesquels l'instinct génital morbidement accentué occupe le premier plan dans le tableau de la maladie. L'essentiel dans ce cas est un état d'hyperesthésie psychique avec une

vive participation de la sphère sexuelle. L'imagination ne présente que des images sexuelles, au point de provoquer des hallucinations et même de véritables délires hallucinatoires. Tout évoque les rapports sexuels; l'impression voluptueuse et agréable des représentations et des perceptions est très accentuée. Toutes les pensées, tous les sentiments, toutes les tendances sont sous l'empire de cette puissante agitation psychosexuelle. Dans la plupart des cas les organes génitaux aussi se trouvent dans un turgor continuel.

L'homme atteint de satyriasis recherche le coït à tout prix; faute de mieux, il fait de l'onanisme ou des actes de sodomie. La femme nymphomane cherche à attirer les hommes par exhibition ou par des gestes dénonçant son ardent désir; elle est, à l'aspect des hommes, prise d'une vive émotion qu'elle apaise par l'imitation du coït ou par la masturbation.

Le satyriasis est rare; la nymphomanie est plus fréquente et se rencontre parfois à la ménopause et même dans la vieillesse. L'abstinence, quand il y a en même temps un grand libido et que ce dernier est sans cesse excité, peut produire ces états, mais probablement seulement chez les individus tarés. Ces phénomènes se rencontrent aussi sous une forme chronique et atténuée et mènent chez les hommes aux plus grandes perversités sexuelles, chez les femmes à la prostitution.

L'hyperesthésie sexuelle ne se manifeste pas toujours sous une forme qui vise directement la satisfaction de l'instinct génital.

On peut considérer comme des faits équivalents, au point de vue clinique, notamment chez les femmes : la tendance à la coquetterie, la recherche de la compagnie des hommes, la manie de la toilette, la manie de suspecter sexuellement les autres femmes, l'usage des pommades, des parfums, les racontars continuels d'histoires de mariage ou de scandales. Devant le médecin on vient sans cesse à parler des choses qui touchent la sphère sexuelle, de la menstruation, de la grossesse ; on exprime le besoin d'une exploration gynécologique, on allègue de la rétention d'urine et, quand des examens médicaux sont nécessaires, on cherche autant que possible à exhiber ses charmes féminins. On doit considérer aussi comme un équivalent clinique la ferveur religieuse et le penchant à s'absorber dans les pratiques religieuses[1].

La conception religieuse de l'union sexuelle sous forme de mariage, les rapports entre l'Église et le Christ qu'on aime de préférence à désigner comme analogues à ceux de la fiancée avec son futur mari, l'état d'un esprit vierge qui, excité par des émotions sexuelles restées encore dans le vague, s'objective facilement dans l'exaltation religieuse, les légendes des saints où les tentations charnelles pullulent, les expériences faites chez certaines sectes religieuses dont les réunions ont souvent dégénéré en orgies abominables, sont encore la preuve qu'il y a une affinité organique intérieure entre la ferveur religieuse et l'impulsion sexuelle.

Mais cette connexité existe aussi dans l'aliénation mentale, car on

[1] Neumann, *Lehrb. der Psych.*, p. 80.

constate souvent un mélange ou une alternance entre le délire érotique et le délire religieux chez les maniaques, l'exaltation religieuse va souvent de pair avec une vive excitation sexuelle et avec l'impulsion à la masturbation, les masturbateurs présentent souvent un délire religieux qui se manifeste par une union mystique avec la divinité, par des visions et des voix conformes à cette union.

3° *Paresthésie sexuelle.* — Il existe une excitabilité provoquée par des stimulants non adéquats. Cette anomalie est de la plus grande importance clinique et médico-légale, étant donné qu'elle est souvent combinée avec l'hyperesthésie.

Dans la paresthésie, les représentations normalement caractérisées par des sentiments de déplaisir, sont accompagnées de sensations de plaisir. Ces dernières peuvent s'accroître au point de devenir des passions. Alors il faut s'attendre à des actes sexuels pervers. L'hyperesthésie qui peut alors exister ne peut donner de signification et d'importance aux représentations et aux perceptions qui par elles-mêmes ne touchent pas à la vie sexuelle. L'instinct génital pervers peut viser : la satisfaction sexuelle avec l'autre sexe ou la satisfaction sexuelle avec son propre sexe.

α) La manifestation perverse de l'instinct avec l'autre sexe apparaît dans les formes cliniques du sadisme, du masochisme et du fétichisme.

Le sadisme a pour base une association entre la volupté et la cruauté, association qui existe physiologiquement, mais qui n'est que faiblement marquée. Dans certaines conditions pathologiques cependant, cette association peut s'accentuer au delà de toute limite, surtout quand l'impression de plaisir produite par les idées de cruauté devient une passion puissante.

Si, en outre, le sens moral a des lacunes et si par conséquent le frein des contre-représentations manque, on s'explique les causes et l'origine des actes monstrueux destinés à satisfaire la sexualité perverse.

Quant à l'exécution des actes sadiques, c'est la puissance du sadiste qui vient essentiellement en ligne de compte.

Si la puissance est intacte, l'impulsion sadique trouve son expression dans le coït avec mauvais traitements préparatoires, simultanés ou consécutifs du consors, mauvais traitements qui vont même jusqu'à faire tuer la victime des désirs (assassinat avec viol, assassinat par volupté); ordinairement, dans ce dernier cas, la volupté n'était pas complètement satisfaite par l'accomplissement du coït.

L'agitation voluptueuse qui persiste peut provoquer de nouvelles tortures, le dépècement du cadavre; le sadiste, entraîné par des représentations du goût et de l'odorat qui sont reçues avec un sentiment de volupté, en arrive même à fouiller dans les intestins, à les renifler, à emporter des parties de cadavre et à se livrer à des actes d'anthropophagie.

Si le sadiste est impuissant au point de vue psychique et spinal, on a comme équivalents l'étranglement, les piqûres pour faire saigner, la flagellation des femmes, ou bien, selon les circonstances, des actes de violence ineptes sur ces dernières (sadisme symbolique), ou encore, faute de mieux,

sur des objets vivants et sensibles quelconques (battre des élèves, des apprentis, actes de cruauté envers les animaux, etc.).

Le masochisme est l'opposé du sadisme. Il est basé sur ce phénomène que l'idée de subir des mauvais traitements de la part de son consors et de se sentir à sa merci est reçue avec des sensations voluptueuses.

De là vient l'impulsion, due à une vive passion, de se mettre en réalité dans cette situation qu'on a individuellement perçue avec volupté, et, selon l'état de la puissance sexuelle psychique et spinale, on la crée comme un moyen préparatoire ou accessoire pour éprouver de la volupté dans le coït, ou pour l'accentuer, ou comme un équivalent de l'acte sexuel lui-même.

Il y a alors, suivant l'intensité de l'instinct pervers ou la puissance des contre-motifs moraux et esthétiques, une gradation depuis les actes les plus répugnants et les plus monstrueux jusqu'aux actes simplement ineptes (désir des mauvais traitements, des humiliations, surtout flagellation passive, etc.).

Le fétichisme est basé sur ce fait que la représentation de certaines parties du corps ou même de la toilette féminine s'associe à des sensations voluptueuses. Le caractère pathologique de ce phénomène ressort déjà de ce fait que le fétichisme d'une partie du corps n'a jamais un rapport direct avec le sexe, qu'une impression partielle et détachée de l'image d'ensemble de la personne de l'autre sexe concentre sur elle-même tout l'intérêt sexuel et qu'ordinairement l'absence du fétiche individuel rend le coït impossible ou n'en permet l'accomplissement que d'une manière factice, par l'évocation de scènes imaginaires en rapport avec cette tendance, et encore il ne procure pas, dans ce dernier cas, de satisfaction.

Ce qui prouve tout particulièrement le caractère pathologique de ce phénomène, c'est que souvent le fétichiste ne considère pas comme le véritable but de sa satisfaction le coït, mais bien quelque manipulation de la partie du corps ou de l'objet fétiche.

Le fétiche varie suivant les individus atteints de cette perversion. Il y a toujours comme point de départ un incident fortuit qui a déterminé le rapport de cette impression isolée avec des sensations voluptueuses. De même que, dans la vie physiologique, la main, le pied, les cheveux ont une signification fétichiste très remarquable, de même, dans le domaine pathologique, ces parties du corps sont préférées.

Dans le fétichisme du vêtement, la toilette, la couleur des vêtements ou certaines parties de la toilette féminine (surtout les pièces de linge, les tabliers, les jupes, les mouchoirs) qui par hasard se sont rattachés à une puissante émotion sexuelle de la puberté, jouent le rôle le plus important.

Il est très fréquent de voir la bottine de la femme jouer le rôle de fétiche, mais alors le fétichisme s'est développé sur un terrain et des conceptions masochistes.

Enfin il y a des cas où le fétiche est représenté par une matière quelconque (fourrure, velours, soie) et n'a aucun rapport avec le sexe. Le fétichisme pathologique peut mener aux actes les plus étranges, à des

actes contre nature et même à des crimes : satisfaction sur le corps d'une femme in loco indebito, vol de nattes, vol avec violence ou vol simple de pièces de linge féminin, de mouchoirs, de tabliers, de bottines de femmes, d'étoffes de soie. Comme dans les autres perversions de la vie sexuelle, c'est simplement de l'intensité de l'impulsion perverse et de la force relative des contre-motifs éthiques que dépend la mesure dans laquelle l'individu atteint se laisse entraîner à ces actes. Souvent aussi ce fétichisme est une cause d'impuissance psychique.

β) Il y a absence de sentiment génésique pour l'autre sexe tandis qu'il y a penchant et instinct pour son propre sexe (inversion sexuelle de Westphal). Toutefois les parties génitales sont normalement développées, les glandes génitales fonctionnent tout à fait régulièrement et le type sexuel est parfaitement différencié.

Quand l'anomalie est complètement développée, les sentiments, la manière de penser, les aspirations, en somme le caractère, correspondent au sentiment sexuel particulier de l'individu, mais non pas au sexe que cet individu représente anatomiquement et physiologiquement. Même dans le costume, les vêtements et les occupations, cette manière anormale de sentir se manifeste et va jusqu'à pousser à s'habiller conformément au rôle sexuel que le malade s'attribue.

Ce phénomène anormal présente au point de vue clinique et anthropologique divers degrés de développement et respectivement divers modes d'apparition.

1° A côté des sentiments sexuels homosexuels qui prédominent, subsistent encore des traces de sentiments hétérosexuels (hermaphroditisme psychosexuel);

2° Il y a penchant exclusif pour son propre sexe (homosexualité);

3° Tout l'être psychique se façonne sur le sentiment sexuel anormal (effémination et viraginité) ;

4° La conformation du corps se rapproche de celle à laquelle correspond le sentiment sexuel anormal. Cependant on ne trouve jamais de véritables transitions vers l'état hermaphrodite ; au contraire, les organes génitaux sont parfaitement différenciés, de sorte que, comme dans toutes les perversions morbides de la vie sexuelle, il faut chercher la cause dans le cerveau (androgynie et gynandrie).

Cette perversion sexuelle est ordinairement congénitale et comme telle on ne l'a observée que chez des individus pathologiquement prédisposés. La règle est qu'il y a alors une tare héréditaire qui se manifeste sous forme de névropathie constitutionnelle (hystérie, neurasthénie). Comme la loi et la société ont élevé des barrières contre la réalisation des désirs sexuels pervers, la plupart de ces individus deviennent, soit par masturbation soit par abstinence, des neurasthéniques sexuels; leur prédisposition morbide a de son côté contribué à les amener à cet état. Sur la base de cette prédisposition ainsi que sur celle de la neurasthénie se produisent souvent des psychoses.

Très souvent il existe à côté de l'inversion sexuelle une hyperesthésie

sexuelle. On rencontre aussi de la paresthésie dans le sens plus restreint du mot, de même que dans cet instinct dégénéré qui porte encore vers l'autre sexe. Au point de vue psychologique la situation est en général la même que chez la femme qui aime l'homme ou que chez l'homme qui aime la femme. L'amour est aussi sensuel, ses tourments et ses jalousies sont aussi violents et même plus puissants puisque les porteurs de cette anomalie sont pour la plupart des hommes tarés, excentriques, et qui ont des besoins sexuels anormaux. Les natures frigides qui n'ont que de la sympathie pour les personnes de leur propre sexe et qui ne réagissent que platoniquement sont très rares. Dans la plupart des cas il subsiste sur la base de l'hyperesthésie sexuelle une vive impulsion à la satisfaction sexuelle. Les personnes de l'autre sexe sont appréciées tout au plus pour leurs qualités intellectuelles. Le rapport sexuel avec elles provoque du dégoût.

Si l'on se force au coït hétérosexuel, cet acte réveille des névroses ou accentue celles qui existent déjà. La femme qui aime la femme tolère et subit le coït marital. L'homme qui aime l'homme est vis-à-vis de la femme impuissant par dégoût, ce qui agit comme idée d'arrêt; il devient tout au plus temporairement puissant, quand il réussit, pendant l'acte sexuel, à s'imaginer que la femme qu'il aime est un homme.

Seul le rapport sexuel avec les personnes de son propre sexe donne la satisfaction et la santé à l'inverti. Chez la femme le rapport sexuel consiste alors dans l'amour lesbien, chez les hommes dans la simple accolade qui, dans le cas de faiblesse génitale irritable, suffit à provoquer l'éjaculation, ou dans la masturbation passive ou mutuelle, dans le coït entre les cuisses, éventuellement dans la pédérastie (passive) et autres horreurs.

Ce qui prouve combien l'inversion sexuelle est profondément enracinée, c'est que les rêves voluptueux de l'homme atteint de cette anomalie n'ont pour objet que des situations lascives avec des hommes, ceux de la femme hétérosexuelle des situations lascives avec des femmes, et qu'aux troisième et quatrième degré de la dégénérescence la pudeur sexuelle n'existe que vis-à-vis des personnes de son propre sexe.

L'inversion sexuelle peut se rencontrer aussi comme un phénomène morbide acquis et peut être dans ce cas épisodique ou durable. Dans ce cas aussi, il faut apparemment une tare pour produire l'anomalie. Dans les cas que j'ai observés la cause qui avait donné lieu au phénomène était une neurasthénie développée par la masturbation. Ces gens étaient impuissants à l'âge où l'on est apte à la génération ; ils étaient farouches et honteux en face de l'autre sexe, échouaient dans leurs essais de coït et fuyaient la femme. Un fort libido et une séduction occasionnelle les amenaient aux rapports sexuels avec des personnes de leur propre sexe, rapports auxquels ils prenaient goût. Dans ces cas d'inversion créés par éducation il existe souvent un penchant à la pédérastie.

4° *Paradoxie sexuelle*. — Dans l'enfance la plus tendre, donc bien avant le développement anatomique des organes génitaux, des pressentiments et des impulsions sexuels peuvent se manifester et alors amener à la

masturbation si grave en conséquences pour le corps et l'esprit. La manifestation prématurée de l'instinct génital ne se rencontre que chez les tarés. Les médecins spécialistes pour maladies d'enfants et maladies nerveuses savent d'ailleurs que, chez les enfants de prédisposition normale, l'excitation des parties génitales amenant à la masturbation peut être provoquée par une balanite, des oxyures, etc.

Souvent on observe un retour du libido chez des vieillards dont la vie sexuelle s'était éteinte depuis longtemps et dont les organes génitaux étaient atrophiés. Ce phénomène est en connexité avec des troubles organiques de l'écorce cérébrale (démence sénile). Leur puissance défectueuse amène à la satisfaction du libido par des actes obscènes avec des enfants, par la sodomie et autres horreurs dont l'accomplissement est d'ailleurs facilité par l'abaissement de la moralité et de l'intelligence de l'individu.

II. — Actes impulsifs[1].

Dans le domaine psycho-pathologique il y a des actes qui n'ont pas pour mobiles des conceptions entrées nettement dans la conscience. La représentation qui pousse à l'action se traduit par un acte avant qu'elle soit arrivée clairement à la conscience, ou bien elle n'arrive jamais à la conscience avec une clarté parfaite. L'acte paraît donc sans mobile et incompréhensible aussi bien à celui qui l'accomplit qu'à celui qui l'observe et le juge; il produit de la surprise et de la stupéfaction même chez celui qui l'accomplit.

L'acte apparaît comme une contrainte organique venant de la vie psychique inconsciente et qu'on peut comparer à une convulsion dans la sphère psychomotrice.

L'impulsion est voisine des actes émotifs, mais elle en diffère essentiellement en ce qu'elle ne coïncide pas, par rapport au temps, avec une émotion, bien que souvent elle ait une base émotive. Elle indique une irritabilité anormale (convulsibilité) de l'appareil psychomoteur; car alors il suffit d'une représentation à l'état naissant pour qu'elle se traduise immédiatement en acte en passant par-dessus la volonté et la conscience.

Ce phénomène dans la sphère la mieux organisée du système nerveux central apparaît comme le produit inférieur d'un mécanisme destiné à une fonction supérieure et fait supposer la présence d'une cause dégénérative. En effet ces actes impulsifs ne se rencontrent que dans les folies dégénératives (Morel).

Il faut placer ici en première ligne les cas de dégénérescence héréditaire, surtout ceux qui se présentent sous forme de névrose hystérique et épileptique; puis les cas de dégénérescence acquise par la boisson, la masturbation et les lésions graves du cerveau (trauma capitis).

[1] Pour les documents voir le *Traité de psychopathologie médicale* de l'auteur.

Les forces psychiques qui poussent à l'action sont des sentiments organiques très vifs, notamment des sentiments sexuels qui souvent se manifestent sous une forme perverse et amènent au viol, à l'assassinat, à la mutilation de la victime, et même à l'anthropophagie; ou bien ce sont des états d'esprit émotifs (dépression morale, ennui, nostalgie, pessimisme sentimental) souvent renforcés par des troubles des sentiments généraux, et qui provoquent des impulsions à se détruire ou à détruire autrui ou des objets quelconques.

Au moment de l'acte, la représentation impulsive, qui habituellement reste obscure, peut surgir dans la conscience comme un éclair sous forme d'une hallucination impérative (mets le feu) ou d'une hallucination de la vue (sang, lueur rouge, flammes, etc.) et être ainsi dirigée vers un acte déterminé (incendie, meurtre, etc.).

Dans d'autres cas l'impulsion organique (une perception sensitive) éveille une tendance instinctive héréditaire ou acquise (kleptomanie, dipsomanie, etc.) et en amène la manifestation (Schüle).

Ces actes impulsifs parmi lesquels les actes sexuels pervers, le viol, le suicide, l'assassinat, l'incendie sont les plus importants, et qui se combinent avec les actes provoqués par l'angoisse excessive des mélancoliques, par les impulsions pathologiques et irrésistibles des maniaques ou par leurs idées obsédantes, ont fourni les éléments pour échafauder la fausse théorie des monomanies.

III. — Troubles psychomoteurs.

Ici il s'agit d'actes moteurs qui portent en eux-mêmes le caractère d'actes du libre arbitre et qui arrivent aux centres psychomoteurs du cerveau, mais qui se produisent sous l'influence de la volonté sur la base du processus d'excitation intérieure.

A. — Impulsion motrice chez les fous furieux

Arrivé à l'apogée de la folie furieuse, le malade est en mouvement perpétuel. Il bavarde, chante, crie, danse, saute, brise, jusqu'à ce qu'il arrive à un épuisement temporaire. Ces actes moteurs ont l'apparence de mouvements voulus, et ils apparaissent comme des actions; mais, examinés de plus près, on voit que ce sont des actes soustraits à l'influence de la volonté du malade; ils se produisent sans l'idée d'un but et même inconsciemment; ils ont le caractère des mouvements automatiques, instinctifs, impulsifs.

Les mobiles de ces mouvements ne sont plus des conceptions entrées nettement dans la conscience et qui, motivées par un intérêt intellectuel ou par une perception des sens, poussent à une action; il s'agit de processus d'excitation directe, intérieure et organique dans les centres psychomoteurs et qui, vu la grande facilité de la transformation des processus

psychiques, se traduisent immédiatement par des mouvements, sans que les mobiles du mouvement aient besoin de devenir des représentations conscientes. Ces mouvements sont purement automatiques, mais ils apparaissent comme voulus, parce que l'excitation intervient dans la sphère de l'organe psychique qui, dans les conditions normales, n'est habituée et exercée à réagir que sur les processus de la volonté.

On ne peut plus guère mettre en doute que l'impulsion motrice du fou furieux soit un phénomène d'excitation dans la région corticale sensitivo-motrice du cerveau antérieur, excitation qui n'a rien de commun avec les processus de la volonté. Les opinions ne diffèrent que sur l'interprétation du processus comme phénomène d'excitation sensorielle ou motrice.

Tandis que Mendel (*Die Manie*, p. 132) se figure les centres moteurs dans un état d'excitabilité excessif tel que les plus légères impulsions produisent une réaction d'une intensité et d'une extension extraordinaires (mouvement musculaire sans motif), Meynert (*Die acuten Formen des Wahnsinns*, *Jahrb. f. Psych.*, 1881. II, fasc. 2) envisage le phénomène comme un processus d'excitation sensorielle hallucinatoire. Il regarde l'impulsion motrice du maniaque comme amenée par des hallucinations du sens musculaire et des hallucinations de l'innervation. Selon lui, le domaine d'innervation des sentiments (régions sensorielles et motrices de l'écorce du cerveau antérieur qui sans doute contiennent les images de souvenir des mouvements et des représentations de mouvement) serait aussi halluciné.

D'après cette théorie l'impulsion motrice ne serait pas un phénomène d'excitation spécialement motrice, mais une excitation sensorielle. Meynert appuie cette opinion, opinion justifiée par la démonstration que tous les mouvements peuvent être ramenés à des actes de perception et que les cellules cérébrales n'ont qu'une seule spécialité fonctionnelle : les perceptions.

Dans tous les cas l'impulsion motrice du fou furieux est le produit d'une agitation organico-physiologique provoquée directement par un processus morbide de l'organe psychique, irritation qui n'est pas fonctionnelle ni d'origine psychologique, mais analogue au délire primordial, à l'idée obsédante, à l'hallucination, à l'état d'esprit morbide primitif non motivé par un fait extérieur.

Le processus organique morbide évoque des images de souvenirs d'anciens mouvements, images qui par leur origine organico-physiologique sont particulièrement intenses. La région morbidement excitée de l'écorce cérébrale répond très facilement à l'excitation (image de mouvement) et la traduit immédiatement en un effort musculaire correspondant; cette transformation se fait d'autant plus facilement que tout processus d'arrêt a cessé d'exister dans le mécanisme psychique du maniaque.

Autrefois on croyait que le fou furieux déployait plus de force musculaire qu'à l'état physiologique et, guidé par ce préjugé, on a enchaîné et détenu dans des cachots solides de malheureux malades qui inspiraient vraiment de la peur.

Cette opinion est d'ailleurs psychologiquement insoutenable. Il est vrai

qu'à l'occasion le fou furieux accomplit des efforts dont l'homme normal en paraît pas capable, mais cette surproduction de force musculaire n'est qu'apparente. Elle ne s'explique que par l'absence de toute crainte chez le malade qui, dans sa conscience troublée, ne s'aperçoit ni du danger, ni du sentiment de vertige, ni de la fatigue, et qui de cette façon devient capable de donner toute sa force musculaire, de même que l'homme normal, dans l'emportement du désespoir, en face de la mort, peut accomplir des efforts extraordinaires. Mais bien que la force absolue ne soit pas accrue, la durée du travail musculaire dépasse la mesure normale. Un fou furieux peut sauter, danser, grimper, rager durant des journées entières sans se lasser et encore moins tomber dans un état d'épuisement ; — un simulateur ne pourrait le faire même pendant une heure. La cause en est que chez le premier aucun sentiment de fatigue ne peut se faire jour (anesthésie musculaire, perception troublée dans l'organe de la conscience), mais surtout dans le fait que chez le simulateur c'est la volonté qui est obligée de provoquer ces actes, tandis que chez le fou furieux toute volonté est exclue et le mouvement n'est que le résultat d'une excitation spontanée. Le résultat (le travail musculaire) peut bien être le même dans les deux cas, mais il y a pourtant une grande différence entre le cas où le travail du système nerveux central est voulu, psychique, et le cas où ce travail est spontané et automatique. Nous voyons un phénomène analogue chez les hystériques, les hystéro-épileptiques, les choréiques, etc., qui durant des journées entières accomplissent un travail musculaire sous forme de convulsions sans se lasser, sans s'épuiser. Evidemment les efforts volontaires et les efforts moteurs spontanés ne sont pas d'une valeur égale et beaucoup d'équivalents d'un travail dynamique, grossier, mécanique, spontané, ne valent qu'un seul équivalent de travail dynamique psychique.

Ce fait est vrai aussi sous le rapport trophique : malgré une action motrice excessive et continuelle pendant des semaines entières, malgré l'insomnie, l'absorption insuffisante de nourriture et l'augmentation des pertes de calorique, le fou furieux est loin de subir cette grande diminution de poids que présenterait un homme normal dans des circonstances approximativement similaires.

B. — Actes réflexes psychiques chez les mélancoliques et les délirants

L'action motrice excessive qu'on rencontre dans certaines phases de la mélancolie (mélancolie active) et chez les délirants diffère fondamentalement de l'impulsion motrice du fou furieux, bien qu'en apparence elle ressemble en beaucoup de points à cette dernière. Le mélancolique démolit et rage en certaines circonstances, mais son action motrice est un mouvement réflexe psychique causé par des états émotifs pénibles, notamment l'angoisse précordiale; l'intensité du mouvement dépend donc complètement du degré d'acuité de ces états d'emportement. Cette inquiétude motrice du mélancolique et du délirant se distingue de l'action purement

automatique du fou furieux par son origine réflexe due à des émotions pénibles ou résultant d'hallucinations effrayantes ; elle trouve son pendant dans les actes destructifs et sans but que commet instinctivement l'individu torturé par l'émotion physiologique du désespoir pour amener une détente de sa tension intérieure, un soulagement à son état émotif pénible.

C. — Mouvements impulsifs dans les états de faiblesse psychique [1]

Il ne faut pas confondre enfin avec l'impulsion maniaque certains mouvements impulsifs qu'on peut observer dans les états de faiblesse psychique. D'abord la monotonie de ces mouvements empêche de faire cette confusion. Il s'agit ici de mouvements combinés (se taper sur le corps, tirailler, essuyer dans tous les sens, etc.), qui se répètent indéfiniment et dont l'individu n'a évidemment pas conscience. Originairement ils ont été probablement provoqués par des sensations, des illusions, des hallucinations et exécutés volontairement ; peu à peu ils sont devenus une habitude et l'individu les continue machinalement, même après la disparition de l'impulsion consciente qui originairement les a provoqués ; il en est à peu près de même de certains mouvements accompagnateurs, de certains gestes impulsifs dont les individus nerveux prennent l'habitude d'une manière ou d'une autre et qui deviennent finalement leur seconde nature, c'est-à-dire qu'ils exécutent inconsciemment.

Enfin, nous devons encore faire mention de deux formes particulières de mouvements qui ne portent plus parfaitement l'empreinte de mouvements motivés psychiquement, mais qui sont sans doute produits par des excitations intérieures dans les centres psychomoteurs, ce sont la tétanie et la catalepsie.

D. — Tétanie [2]

Les muscles sont contractés dans une légère flexion qui acquiert une résistance énorme quand on intervient pour faire cesser la passivité du malade qui est dans cet état ; cette résistance ne peut être brisée que par l'emploi d'une certaine violence de la part de l'observateur. Le malade oppose alors à ces essais de mouvements passifs une résistance active, mais à peine consciente, et qui est probablement provoquée par des impressions vagues d'hostilité ou des impressions douloureuses venant du monde extérieur.

Ce phénomène se limite toujours aux fléchisseurs, adducteurs et pronateurs et laisse indemnes les extenseurs.

Au point culminant de cet état, les malades, selon la description juste

[1] Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 30.

[2] Arndt, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 30, p. 53. — Kahlbaum, et autres. L'expression de tétanie dont on se sert ici ne doit pas être confondue avec la névrose qui porte le même nom.

d'Arndt, sont roulés et blottis comme un paquet : la tête est penchée, les genoux pliés et serrés contre la poitrine, le dos voûté, les épaules rapprochées l'une de l'autre, les bras pressés contre le thorax, les avant-bras serrés sur la poitrine au point d'y enfoncer les ongles. En même temps la figure est tirée, avec un air de dépit, les sourcils froncés, les lèvres pincées et souvent allongées en forme de museau, les mâchoires serrées. Tel est l'image classique de cet état. Souvent il n'y a que les muscles de la figure et les fléchisseurs de la tête ou les fléchisseurs de la main et des doigts qui soient atteints Sans doute il y a ici un processus d'excitation dans les centres psychomoteurs ; reste encore à savoir si ce processus d'excitation est direct ou s'il est produit par un réflexe sensitif, comme le prétend Schüle.

Cette tétanie se rencontre dans la mélancolie et dans les états d'imbécillité qui en sont la conséquence, elle indique toujours des processus d'excitation profonde et des états morbides graves. Dans les cas prononcés et durables il y a toujours un trouble profond de la conscience et de la perception.

E. — Catalepsie[1]

Les muscles ne présentent pas la même rigidité et la même contraction que dans la tétanie. Ils n'opposent pas de résistance aux mouvements passifs, mais ils demeurent longtemps dans la position qu'ils ont occupée originairement ou dans celle qu'on leur donne.

Le malade est incapable de changer de position de sa propre initiative ; ce n'est que la pesanteur des membres qui, en se faisant sentir peu à peu, les amène à une autre position. Mais en même temps les membres peuvent avoir cette flexibilité qui est particulière à la cire et qui les fait ressembler à une statue en cire ; ils restent dans la position dans laquelle on les met (catalepsia vera) ou bien les doigts reviennent après la flexion à l'extension (catalepsia spuria).

L'état cataleptique se produit par accès et quelquefois devient permanent. Dans ce dernier cas il est toujours combiné avec un trouble profond de la conscience. Dans l'état cataleptique il y a toujours anesthésie cutanée et musculaire. L'absence du sentiment musculaire, combinée avec le trouble de la conscience, supprime la sensation de la fatigue et permet au malade de rester dans les positions les moins commodes. Mais le fait que malgré cela et en dépit de l'absence réelle de l'innervation consciente, le membre n'obéit pas immédiatement à la loi de la pesanteur, indique qu'une innervation continuelle du territoire des muscles en catalepsie se produit automatiquement ou par réflexe de la voie cérébro-spinale (voie de la calotte des pédoncules cérébraux ?).

Il est probable que ce sont des excitations périphériques très sensibles qui produisent l'état cataleptique.

[1] Arndt, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 30, fasc. 1. — Schüle, *Manuel*, p. 55.

Schüle (*Ibid.*, p. 54) considère ce phénomène comme un arrêt des réflexes dans le domaine psycho-moteur, arrêt causé par une excitation sensitive (souvent sexuelle), coïncidant avec une faiblesse de la fonction corticale (anémie cérébrale aiguë) en même temps qu'avec une constitution névropathique due à l'hérédité, à la masturbation, à une maladie utérine, etc.

La catalepsie indique aussi parfois un degré profond de maladie psychique cérébrale. Elle se rencontre dans la folie mélancolique, hystérique, épileptique, puis dans la folie furieuse et dans la démence.

IV. — Troubles de la volonté.

La sphère de la volonté présente chez l'aliéné beaucoup de phénomènes anormaux qui résultent forcément d'états d'esprit et d'émotions morbides, d'anomalies de la conception, du mode de développement et de la nature de la représentation.

Tout d'abord il convient de rappeler ce fait frappant que souvent les aliénés parlent raisonnablement ou du moins ne laissent apparaître aucune idée délirante et commettent pourtant les actes les plus insensés qu'ils savent ensuite défendre avec beaucoup d'esprit et beaucoup de subtilité.

La fréquence de ces cas a amené à créer des types de maladies à part qu'on a désignés sous le nom de folie raisonnante [1].

Voici l'explication de ce phénomène étrange. Il n'y a, c'est vrai, aucun délire, mais le processus de la représentation est troublé dans sa forme. Il peut être tellement accéléré qu'il ne soit pas possible de faire une réflexion quelconque sur la représentation qui pousse à l'acte concret.

Tel est le cas chez le maniaque. Une conception quelconque se transforme en acte immédiatement et sans que des représentations de contraste aient examiné et approuvé le motif ; cet acte doit alors forcément avoir un caractère d'étourderie et de précipitation. Après coup, le malade est parfaitement capable d'excuser cet acte qu'il juge lui-même comme un contresens et de l'attribuer, sans se justifier, à un motif raisonnable qu'il n'est jamais embarrassé de trouver, étant donnée l'acuité morbide de ses conceptions. Dans d'autres cas, l'acte insensé est la conséquence d'une représentation obsédante dont la transformation en acte n'a pas pu être empêchée par le malade ; ou bien le malade se trouve dans un état d'émotion grâce auquel la représentation ne peut pas lui arriver clairement ou du moins être soumise à la réflexion (mouvement réflexe psychique, action impulsive).

Dans les cas où les actes insensés sont commis sans trouble de l'intelligence, cette dernière n'est restée intacte qu'en apparence. Il y a des idées

[1] Voir : *Discussion de la Société méd. psych.* dans les *Annales méd. psych.*, 1866, mai-juillet. — Campagne, *Traité de la manie raisonnante*, 1868. — Brierre, *De la folie raisonnante*, Paris, 1867. *Irrenfreund*, 1866, 7. — Schüle, *Manuel*, p. 75.

délirantes, ce sont elles d'ailleurs qui sont les mobiles des actes insensés, mais le malade sait dissimuler et cacher ces idées. C'est précisément pour cette raison que la nature des tendances et des actes d'un malade est importante au point de vue diagnostique, car elle peut fournir les autres éléments de la maladie.

Les profanes trouvent surprenant que des aliénés soient capables d'agir avec ruse et préméditation, mais ce phénomène s'explique par la circonstance que le mécanisme logique des jugements et des conclusions reste à la disposition du malade tant qu'il ne s'est pas produit une dissolution générale des fonctions psychiques (hébètement, imbécillité).

La volonté peut présenter chez l'aliéné deux genres de modifications morbides : elle peut être diminuée et même anéantie ou bien augmentée jusqu'à la licence.

1° *La faiblesse de volonté* se rencontre chez l'imbécile et chez le mélancolique.

Chez le premier, cette diminution de la volonté est la triste conséquence de la perte de tous les intérêts intellectuels et éthiques, de l'indifférence morale et de la réduction des perceptions sensitives. Le malade, dans ces cas, comme par exemple dans l'imbécillité apathique, peut arriver à une perte complète des conceptions. Alors forcément la volonté trouve sa fin. Il ne reste que les fonctions de la vie animale ; ces dernières peuvent se limiter à la satisfaction de l'instinct de nutrition (aboulie).

L'absence de volonté chez le mélancolique (anénergie), bien que son attitude passive puisse extérieurement ressembler complètement à celle de l'imbécile, a une cause tout à fait différente.

Ici il peut exister une volonté virtuelle très vive, mais ses manifestations sont devenues impossibles par suite d'arrêts divers.

Ces entraves peuvent trouver leur cause :

α). Dans la conviction qu'il est impossible d'atteindre ce qu'on désire. La volonté est un désir conscient dans lequel on se représente comme accessible l'objet désiré. Le mélancolique, par suite de la diminution de sa confiance en lui-même, et du changement de son état général (faiblesse), n'a plus de confiance dans sa puissance à réaliser ses désirs et il cesse de vouloir.

β). Dans un sentiment de déplaisir. Le mouvement psychique nécessaire à l'acte s'accompagne de douleur psychique, de sentiments de déplaisir. Voilà pourquoi le malade renonce au mouvement comme l'individu qui a des douleurs physiques, par exemple une névralgie, évite instinctivement de provoquer des mouvements dans la région douloureuse.

γ). Dans des arrêts particuliers au mécanisme psychique. La transformation des conceptions en actes moteurs est devenue plus difficile et l'on peut envisager cette difficulté comme un point d'entrave dans l'arc réflexe psychique ou comme un arrêt réflexe accentué. Alors la représentation n'est pas assez puissante pour pouvoir agir comme stimulus du mouvement. Le malade, chez qui on voit d'ailleurs combien est pénible cet arrêt dans la décharge de la tension psychique, essaie avec beaucoup de peine à

faire le mouvement désiré, mais il ne réussit pas ou ne réussit qu'imparfaitement à le mettre à exécution. Dans les états d'émotion violente (exagération du pouvoir d'excitation des représentations), il devient temporairement libre d'exécuter des mouvements; alors il est dans ses actes peut-être plus impétueux que le fou furieux.

δ). Dans des troubles d'association. Parfois l'absence de volonté du mélancolique n'est autre chose que de l'indécision amenée par des représentations contradictoires qui sans cesse entravent et troublent la représentation qui mène aux actes. Le malade tiraillé par l'effet tantôt accru, tantôt diminué des différentes représentations qui se contredisent, ne peut pas arriver à prendre un parti et reste plongé dans le doute et dans une hésitation continuelle.

ε). Enfin il y a des cas où la volonté est simplement troublée par des idées délirantes ou par des hallucinations. Ainsi, par exemple, un malade reste debout à la même place sans bouger, parce qu'il croit que ses jambes sont en verre ou en bois, ou parce qu'il se croit au bord d'un précipice, ou parce que des voix lui ont interdit de bouger ou de parler, faute de quoi il serait perdu.

2° *L'augmentation et l'accentuation sans limite de la volonté* (hyperboulie, Emminghaus) se rencontrent dans les états maniaques. Les causes en doivent être cherchées :

α). Dans la confiance en soi-même exagérée d'une façon morbide, et sans cesse entretenue par le sentiment que les capacités physiques et intellectuelles sont augmentées et qu'on peut arriver à tout.

β). Dans la suppression de toutes les représentations, d'entrave, de coordination et de contrôle, telles que les idées d'utilité, de but, idées qui, avec le calme d'esprit et avec la vitesse moyenne des représentations, sont toujours à la disposition de l'homme normal et dominent ses désirs.

γ). Dans la variation des représentations qui sont augmentées d'une façon pathologique et dont l'association a été facilitée. Il y a abondance de mobiles de mouvements, contrairement à la monotonie des conceptions et à la paresse des associations du mélancolique. En outre, ces représentations sont très fortement accentuées par des sentiments.

δ). La transformation des représentations en impulsions motrices est aussi devenue plus facile, comme on en juge par la facilité et la promptitude énormes avec lesquelles l'appareil moteur réagit aux causes de mouvements.

Ce phénomène pathologique peut être considéré comme une dissolution facilitée des représentations, comme une augmentation de la faculté réceptive de l'organe psychique ; mais on peut aussi se figurer que cette augmentation de l'irritabilité réflexe ne se produit que parce que le pouvoir d'arrêt du réflexe sur certains centres psychomoteurs se trouve diminué ou même supprimé par des influences supérieures au service des processus de la réflexion et de la raison ; par analogie, la moelle épinière se trouve soumise au pouvoir d'arrêt du cerveau et il se

produit une accentuation de l'irritabilité réflexe quand cette influence est diminuée par le sommeil ou par des états pathologiques cérébraux.

Par suite de ce trouble de la volonté, les actes du maniaque paraissent irréfléchis, choquants, ineptes, étourdis.

V. — Troubles du libre arbitre.

Le trouble mental supprime le libre arbitre. Ce fait est admis dans les codes de tous les peuples civilisés.

Le libre arbitre se trouve supprimé chez l'aliéné :

1° Par le fait que ses actes sont provoqués et déterminés par des émotions spontanées et par des états d'esprit passionnels, des impulsions, des tendances, des idées délirantes et des hallucinations provenant toutes d'une affection cérébrale, c'est-à-dire de causes organiques.

2° Parce qu'il ne peut pas opposer des contre-motifs moraux ou judiciaires aux mobiles qui surgissent d'une manière quelconque, le poussent à une action, étant donné :

α). Que, par suite de la maladie cérébrale, ces contre-représentations sont perdues à jamais comme d'autres facultés psychiques supérieures (états de faiblesse psychique), ou qu'elles ne manquent que temporairement (troubles transitoires de la conscience);

β). Que ces contre-motifs ne peuvent pas parvenir à la conscience par suite de troubles dans le processus des représentations, troubles causés par la maladie (mélancolie, manie).

3° Parce que les idées délirantes et les hallucinations ont faussé la conscience et le sentiment que l'aliéné a du monde extérieur. Ce trouble peut aller jusqu'à transformer toute la personnalité antérieure en une nouvelle personnalité morbide (paranoïa, folie), de sorte que l'acte provient d'une personnalité psychique tout autre que celle qui existait antérieurement : la personnalité juridique est la même, c'est vrai, mais la personnalité psychique est devenue tout autre.

CHAPITRE V

TROUBLES DE LA CONSCIENCE

La conscience telle qu'elle est formée par la nature des représentations qui la remplissent pendant l'unité de temps, n'est pas une entité constante; selon la netteté des conceptions il y a divers degrés de lucidité de la conscience.

Le degré le plus élevé est représenté par le sentiment de soi-même, c'est-à-dire un état où celui qui se représente quelque chose a parfaitement conscience de sa faculté de conception. Cet état suppose une perception sensitive exacte et soumise complètement au libre arbitre (attention), et une reproduction puisant sans aucun trouble au trésor de la mémoire (souvenir). Quand le moi se rend clairement compte de ce qui se passe en lui, cela implique la conscience de sa propre personnalité; quand les représentations se déroulent d'après les idées d'espace et de temps, elles impliquent chez l'individu la conscience de l'espace et du temps.

A ce monde de la vie intellectuelle consciente est rattachée par des transitions multiples une sphère de la vie psychique inconsciente, qui est de beaucoup plus étendue et plus importante que celle de la vie consciente.

Elle est sans cesse en activité, elle utilise les excitations que les nerfs sensitifs amènent de toutes les régions du corps à l'écorce cérébrale et en fait des états d'esprit; elle régularise le mouvement imprimé par un acte de la conscience (volonté), locomotion par exemple, à l'aide d'un appareil de coordination, et le fait accomplir automatiquement avec autant de sûreté et de promptitude que s'il était surveillé par la volonté.

Elle utilise les représentations amenées par la voie physiologique dans les cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale à la suite des processus de nutrition et des mutations intraorganiques, et les transforme en pensées, impulsions, en processus psychiques compliqués dont le résultat se présente à la conscience sous la forme d'opinions, de jugements, de passions.

C'est à cette activité inconsciente que nous devons notre individualité,

[1] Koch, *Vom Bewusstsein in Zuständen Krankhafter Bewusstlosigeitk*, Stuttgart, 1878. — Le même, *Allg. Zeitsch.*, *f. Psych.*, 35, p. 601. — Wernicke, *Ibid.*, 35, p. 420; 35, p. 359. — Weiss, *Ibid.*, 38, p. 45.

nos dispositions psychiques, nos idées, nos impulsions. C'est un travail de beaucoup plus important que l'activité de notre moi conscient. Dans certaines conditions pathologiques il peut se faire que ce travail du mécanisme cérébral inconscient, qui consiste dans la reproduction de représentations sensitives ou d'impulsions motrices, n'arrive pas à la conscience — (elle reste alors une activité inconsciente, ignorée) — où il est perçu secondairement par exemple, comme hallucination ou comme acte (impulsif) accompli.

La cause de ce trouble consiste en changements morbides dans l'organe de la conscience, changements qui peuvent aller jusqu'à la suppression de ses fonctions spéciales (attention, réflexion, reproduction arbitraire, etc.).

Mais alors ce travail du mécanisme cérébral inconscient est absolument perdu pour la conscience : l'individu ne sait absolument rien des phénomènes qui se sont produits (amnésie); dans d'autres cas, la conscience n'apprend rien sur le mode d'origine du phénomène qui a été créé inconsciemment : ce phénomène lui apparaît comme appartenant à un autre moi étranger (division de la personnalité, particulièrement dans la démonomanie, dans la folie) où elle lui apparaît comme produite par le monde extérieur (hallucination qu'on ne reconnaît pas comme telle).

Cette activité de la sphère inconsciente peut se combiner et avoir un caractère cohérent ; elle peut consister en hallucinations, en délires et actes compliqués, et par là elle peut ressembler aux manifestations de la vie consciente. La preuve qu'elle n'a pas été consciente est fournie par l'amnésie qui subsiste ultérieurement pour tous les efforts inconscients ; car seuls les mouvements psychiques qui se déroulent dans la sphère de la conscience, laissent une trace, le souvenir.

Un grand nombre de phénomènes de la folie (beaucoup d'états d'esprit, d'émotions, d'idées délirantes, d'actes, d'hallucinations) ne sont explicables qu'en admettant qu'ils représentent des phénomènes du mécanisme cérébral inconscient, phénomènes nullement éclairés par la lumière de la conscience, ou bien, s'ils le sont, l'individu ne reconnaît pas en eux le travail inconscient de son propre mécanisme psychique.

Les troubles de la conscience jouent dans la folie un rôle remarquable, car ils ont pour effet de porter gravement atteinte à la faculté de critique du malade en présence des états d'esprit, des délires, des perceptions subjectives, etc., provoqués par la maladie, et par là ils le font tomber dans l'erreur et dans l'illusion.

Dans chaque processus psychosique on peut s'attendre à priori à un trouble de la conscience, fonction intégrante de l'écorce cérébrale. En effet ce trouble est aussi un signe constant dans la grande majorité des phénomènes cliniques. A chaque type empiriquement vrai de trouble psychique doit correspondre un genre particulier de trouble de la conscience générale qui est comme le résumé des troubles élémentaires psychiques dont ce type est composé ; et ce trouble particulier est classé suivant le mode de suppression ou d'entrave des processus psychiques. Dans ce sens on peut parler d'un état de conscience mélancolique, paranoïque, maniaque, etc.

Les changements morbides de la conscience de la personnalité offrent un grand intérêt au point de vue clinique.

Ainsi nous observons des troubles profonds dans les notions de temps et de lieu (s'égarer en marchant) qui supposent une existence psychique crépusculaire due à des processus dégénératifs graves dans le cerveau (démence paralytique et sénile).

Ainsi il y a des malades chez qui la conscience de toute la période de leur vie normale et passée a complètement disparu ; du moins ils attribuent cette phase à une autre personnalité étrangère, de sorte qu'ils ne font dater leur existence qu'à partir du moment où leur maladie a commencé ou à partir d'une certaine période de cette maladie (apparition des idées délirantes représentant un nouveau Moi).

Il y a même des cas où la conscience de la propre existence psychique a complètement disparu et où le malade se considère comme une chose et parle de lui à la troisième personne. Dans ces cas, il y a, à côté de la transformation psychique, des troubles profonds de la conscience générale, des anesthésies qui souvent amènent chez le malade l'idée fixe qu'il est mort.

Ce qui est encore du plus grand intérêt, ce sont les cas où, à côté du Moi morbide, des fragments de l'ancienne personnalité se sont maintenus et où le Moi s'est scindé en plusieurs personnalités différentes qui présentent chacune des conceptions délirantes (Moi multiplié; division de la personnalité).

Dans ce dernier cas, il subsiste encore au moins une unité de la conscience qui n'a changé qu'au point de vue de sa nature ; il n'y a pas deux personnes, il n'y en a qu'une seule avec une intellectualité différente. Les divers moi sont faiblement rattachés les uns aux autres par le sentiment de l'unité du corps et par la conscience de l'ordre chronologique.

Dans certains cas assez rares, cette fusion fait défaut ; le malade se sent par accès une personnalité tout à fait autre. Comme aucun rayon de la conscience de l'époque de la vie normale ne se manifeste pendant la période de l'accès morbide et que ce dernier ne laisse aucune trace ni aucun souvenir, le malade mène une véritable existence en partie double, et représente deux êtres parfaitement distincts au point de vue chronologique (dédoublement de la personnalité, conscience alternante, double existence intellectuelle). Ces états [1] ont été observés pour la plupart chez des femmes au moment de la puberté et comme phénomène partiel d'une névrose hystérique. Ils se rapprochent beaucoup du somnambulisme naturel.

C'est du degré du trouble de la conscience que dépend aussi la conscience plus ou moins nette que le malade a de sa maladie. Le sentiment

[1] Voir les cas intéressants d'Azam, *Annal. méd. psych.*, juillet 1876; et Berthier, *Ibid.*, septembre 1877; *Ibid.*, octobre 1857. — Winslow, *Obscure diseases of the brain*, p. 279. — Jessen, *Physiol. des menschl. Denkens*, p. 66. — Emminghaus, *Psychopathol.*, p. 128 (citations des auteurs); *Zeitschr. f. Psych.*, 40, fasc. 3, p. 399.

qu'on est psychiquement malade existe plus souvent qu'on ne le suppose ordinairement.

Souvent un sentiment d'anxiété, une crainte de perdre la raison existent longtemps avant la maladie proprement dite, notamment chez les individus qui ont une tare héréditaire.

Dans les périodes de début de la mélancolie, ce sentiment est ordinairement très vif et souvent même la cause que ces malades lucides demandent eux-mêmes à être admis dans un asile. Dans la manie aussi, même à son apogée, le malade a assez souvent conscience de son trouble et il excuse même ses actes insensés et instinctifs en disant lui-même qu'il est fou et que par conséquent tout lui est permis.

Dans les périodes plus avancées de la folie, quand les idées délirantes systématiques ou la décadence intellectuelle se sont produites, le malade ne se rend aucunement compte de son état pathologique, bien qu'il puisse encore reconnaître avec netteté la maladie chez ses compagnons de douleur. De là vient que ces individus qui se prétendent normaux, réclament sans cesse pour faire cesser leur détention qui, à leur avis, n'est nullement justifiée. Dans la convalescence le fait de reconnaître sa maladie est un des premiers symptômes du retour à la santé.

Comme formes élémentaires spéciales des troubles de la conscience chez les aliénés, nous devons, en dehors des formes de la somnolence, sopor, coma, etc., telles que nous les fait connaître la pathologie cérébrale générale, étudier encore les suivantes :

1° *Etats crépusculaires psychiques*. — Les représentations n'arrivent pas à la conscience avec une clarté parfaite, la notion du temps et de l'espace, ainsi que celle de sa propre personnalité, est considérablement ternie. La perception du monde extérieur est pâle, décousue et se fait comme à travers un voile. Le souvenir des événements de cette période est tout à fait sommaire. Ces états crépusculaires se rencontrent chez les épileptiques entre les accès et à la suite de ces derniers, mais aussi comme un obscurcissement temporaire de la conscience sans la moindre connexité avec les accès ; puis au cours de l'alcoolisme chronique, dans la démence paralytique et sénile.

2° *Etats de rêverie à l'état de veille*. — La conscience est troublée jusqu'à la suppression du sentiment de soi-même (perte de la conscience dans le sens médico-légal) ; la notion du monde extérieur et de sa propre personnalité s'est éteinte ou du moins est tombée à un minimum de clarté. Alors les excitations sensorielles n'arrivent plus jusqu'à la sphère de la conscience, les sensations sensitives ne deviennent plus des perceptions nettement conscientes. Cet état ressemble à l'état de rêve, à cette différence près que la sphère psycho-motrice n'est pas entravée, de sorte que les représentations dues à des excitations intérieures (délires et hallucinations) se traduisent par des actes moteurs et peuvent devenir des mobiles d'action somnambulique dont l'auteur a aussi peu conscience qu'il en a souvenir après leur accomplissement.

Il faut tenir compte ici de certains délires d'inanition et fébriles, des

états d'ivresse aiguë et pathologique, des troubles épileptoïdes de la conscience, des émotions pathologiques et du somnambulisme.

3° *Stupeur.* — Toutes les fonctions psychiques sont entravées, mais sans être complètement supprimées. La conscience est troublée dans le sens que les représentations n'ont pas la netteté de celles de la vie normale; la perception est ternie, ralentie, la marche de la représentation est devenue difficile, les associations sont paresseuses. L'entrave se manifeste surtout dans la sphère psycho-motrice. Le malade manque de toute spontanéité, il reste pendant des heures entières debout au même endroit, son facies présente l'expression de l'indifférence et de l'étonnement stupide. Des mouvements volontaires se produisent rarement, avec une difficulté visible et une très grande lenteur.

A côté de l'entrave psychique et de la difficulté dans la décharge des réflexes, il existe ordinairement une entrave à l'excitabilité réflexe spinale, et en outre de l'anesthésie cutanée et de l'analgésie. L'innervation des organes végétatifs est diminuée aussi; la respiration est superficielle, ralentie, les bruits du cœur sont faibles, le pouls est peu développé, petit, ralenti, les mouvements péristaltiques diminués (constipation), la circulation paresseuse (œdème des pieds); passagèrement des états cataleptiques peuvent se produire.

Ces états de stupeur se rencontrent comme phénomènes postépileptiques et postmaniaques; comme phénomènes épisodiques dans la démence paralytique, la paranoïa; comme phénomènes d'alternance dans certains états maniaques (folie circulaire); ils se rencontrent, comme phénomènes primitifs et indépendants, après un accès de peur très vive, après des pertes graves de sang, après l'asphyxie par l'oxyde de carbone, après la strangulation; comme phénomènes accessoires des états mélancoliques (mélancolie stupide); comme expression de l'épuisement cérébral après les maladies aiguës graves (typhus), après les excès sexuels, surtout les excès d'onanisme.

La cause commune de ces états est probablement l'anémie cérébrale par œdème (strangulation), par constriction des vaso-moteurs (effroi, etc.), par inanition (typhus, etc.).

4° *Extase.* — La conscience est comme en état de rêve et entièrement absorbée par les phénomènes intérieurs. Elle est limitée à une sphère étroite de représentations fixées et amenées par une vive passion, représentations nées spontanément et avec les couleurs vives de l'hallucination. Dans cette concentration intérieure, la réception des impressions du monde extérieur et de celles de son propre corps est suspendue ou restreinte aux choses qui ont un rapport avec l'idée du songe.

La sphère psycho-motrice aussi est orientée exclusivement dans le sens de la représentation (délire d'extase). L'individu ressemble alors à une statue; les muscles peuvent pour un moment présenter l'état de flexibilitas cerea.

L'extase se rencontre de préférence chez les femmes et surtout sur le terrain hystérique. Les anémies, les maladies utérines, les anomalies

fonctionnelles des organes génitaux, et, au point de vue psychique l'exaltation religieuse prédisposent à cet état.

Souvent elle provient de convulsions (hystériques) ou bien elle en est suivie. Le sentiment de soi-même manque ici complètement ou est très obscurci, et par suite il y a absence complète de souvenir pour les événements de l'accès ou tout au plus la mémoire se borne à quelques réminiscences vagues du délire hallucinatoire.

CHAPITRE VI

TROUBLES DU LANGAGE DANS LA FOLIE[1]

Le langage, intermédiaire des pensées et fonction directe de l'écorce cérébrale, offre pour le médecin aliéniste des sources de renseignements importantes non seulement par l'expression des idées, mais aussi par le mode de l'élocution.

La langue peut être un langage de gestes, de sons, de mots ou un langage écrit.

Voici quelles sont, d'après Exner, les conditions essentielles pour qu'une communication puisse se faire entre personnes par le langage : 1° audition des mots (quand il n'y a pas surdité); 2° compréhension des mots (quand il n'y a pas surdité des mots); 3° développement de la faculté de penser par association, ce qui permet de formuler la réponse (phénomène possible tant que ce pouvoir de formuler la réponse n'est pas entravé par une maladie mentale); 4° l'acte de revêtir de mots les conceptions contenues dans la réponse (ce qui est possible tant qu'il n'y a pas aphasie amnésique); 5° transformation des conceptions de mots en conceptions de mouvements correspondants (ce qui est possible tant qu'il n'y a pas d'aphasie ataxique); 6° transmission de l'impulsion nerveuse avec la force et la coordination nécessaires aux muscles du langage (ce qui est possible tant qu'il n'y a pas de maladie du bulbe).

Quand l'individu se trouve à un niveau intellectuel très bas (infériorité congénitale ou acquise), le langage peut se limiter à un langage de gestes ou de sons (idiots, imbéciles) comme manifestation des émotions ou des états d'esprit.

A un degré supérieur au précédent on trouve le langage propre à certains imbéciles qui, semblables aux petits enfants et aux perroquets, peuvent répéter ce qu'on a prononcé devant eux, soit une phrase entière, soit au moins le mot final de la phrase (langage d'écho). A un degré un peu plus élevé encore, on trouve un langage de mots servant à désigner les

[1] Comparez l'ouvrage excellent de Kussmaul, *Die Störungen der Sprache*, 3e édition, 1855. — Spielmann, *Diagnostik*, p. 26, 100. — Conradi, *Wiener med. Wochenschr.*, XVIII, 70.

besoins les plus primitifs et les plus indispensables, langage qui peu à peu présente des rudiments de forme grammaticale et de construction, devient extensivement de plus en plus riche, et s'élève jusqu'à l'expression des principes. Le plus haut degré du langage est le langage écrit.

Envisagé de cette manière, le langage apparaît dans sa forme et dans sa nature comme une réaction très sensible de la conscience et de la valeur du mécanisme psychique.

Renvoyant les troubles d'articulation pure du langage au domaine de la pathologie spéciale (idiotie, paralysie, etc.), nous ne nous occuperons ici que des troubles qui sont occasionnés par une altération de l'écorce cérébrale, à savoir : les dysphrasies et les dysphasies (Kussmaul).

1° Les *dysphrasies* sont les plus fréquentes ; elles peuvent consister en anomalies : α) du rythme, β) de la forme du langage, γ) de la diction syntaxique, δ) du contenu du discours.

α). L'accélération de l'élocution, comme expression d'une plus grande facilité dans le mouvement des pensées et la manifestation de l'idée, se rencontre dans les états d'exaltation psychique et surtout dans les états maniaques (logorrhée, polyphrasie).

La parole est plus aisée, plus prompte, elle devient même brillante (exaltation maniaque), jusqu'à ce que par la précipitation de plus en plus grande des représentations (course échevelée des idées), par la suppression des anneaux qui les enchaînent, il arrive que des mots détachés et même de simples images de sons soient seuls capables de provoquer encore des réflexes dans le mécanisme du langage. Alors arrive fatalement la confusion (apogée de la folie furieuse) et la disparition de la construction grammaticale des mots en phrases.

La confusion du langage peut être causée aussi : par un simple trouble de l'association (embarras, émotion), par l'évolution d'idées qui se rattachent à l'homonymie superficielle des mots (c'est le cas de beaucoup de maniaques et de fous), par des états de faiblesse mentale où les mots ne sont que des sons et sont employés à faux (certains fous), comme dans la paraphasie. Ces états se distinguent au premier aspect de la confusion des fous furieux, par le simple fait qu'il n'y a pas d'accélération du langage, comme c'est le cas chez ces derniers.

La lenteur du langage qui peut être entrecoupé se rencontre chez beaucoup de mélancoliques et d'individus tombés dans l'imbécillité. Dans le premier cas la cause en est dans le ralentissement et l'arrêt de la représentation, dans l'influence troublante des hallucinations et des émotions ; dans le second cas, c'est l'incapacité de former une idée, incapacité résultant de la faiblesse mentale.

Ces deux troubles peuvent amener au mutisme complet : la mélancolie, par l'augmentation des entraves, par l'absence de réflexes dans l'organe du langage (mélancolie avec stupeur) ; la démence par manque de conceptions du langage (idiotie, surdité, mutité), ou par perte de ces dernières (idiotie, stupeur acquise apathiquement).

Cependant le mutisme est souvent causé par des idées délirantes, par des

hallucinations impératives (paranoïa religieuse), parfois, dans la folie hystérique, par des sensations de boule qui entrave.

β). Parmi les anomalies intéressantes, en ce qui concerne la forme du langage, notons : le langage pathétique des extatiques et des paranoïques exaltés (par le débordement des sentiments, par l'excitation et l'exaltation basées sur une excessive confiance en soi-même); ensuite la diction triviale et puérile de certaines paranoïques et hebéphréniques [1] qui se servent de préférence des diminutifs, et le langage rimé des maniaques. Il faut ranger encore dans cette catégorie la verbigération, phénomène décrit pour la première fois par Kahlbaum (*Die Kakatonie*, 1874, p. 39), dans laquelle le malade débite des mots et des phrases sans signification aucune et n'ayant aucun rapport entre-eux, mais il les débite de manière qu'on croirait entendre un discours. Kahlbaum distingue cette verbigération du bavardage trivial et du radotage confus de l'imbécile et des discours du fou furieux caractérisés par la course des idées et qui ne revient jamais à la même liaison de mots, tandis que le verbigérant répète jusqu'à l'infini les mêmes mots et les mêmes phrases [2].

La répétition réitérée des mêmes mots peut être due aussi à des motifs psychiques.

Ainsi il y a des malades atteints de paranoïa religieuse qui, par un respect particulier pour le nombre trois, répètent ce mot prononcé ou écrit trois fois. Il faut ranger dans cette catégorie une malade de Morel (*Traité des malad. ment.*, p. 300) qui, par crainte hypocondriaque de perdre la faculté du langage, répétait plusieurs fois chaque mot.

γ). Les fautes de diction syntaxiques se rencontrent chez les paranoïques et les imbéciles. Elles consistent en ce que les malades greffent un mot sur un autre, appliquent aux substantifs la conjugaison des verbes, ou omettent de décliner et de conjuguer; comme dans le langage des petits enfants ou le langage du nègre, ils ne se servent plus que du substantif sans article, de l'infinitif ou du participe passé et emploient les noms au lieu des prénoms (par exemple : Antoine pris des fleurs, gardienne venue, frappé Antoine). Comparez Kussmaul, *op. cit.*

δ). Ce qui enfin, sur le terrain des dysphrasies, est du plus grand intérêt, c'est, en dehors de la pauvreté du langage dans sa teneur et dans la diction, la création de termes nouveaux [3]; cela n'a lieu que chez les paranoïques et très rarement chez les maniaques.

Cette onomatopoësie est le plus souvent d'origine hallucinatoire ou pro-

[1] Hecker, *Wirchow's Archiv.*, 62, p. 94; et *Irrenfreund*, 1877, H. 5.

[2] Voir Brosius, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 33, fasc. 5, 6. J'ai observé une forme de cette verbigération qui allait jusqu'à la manie de mâcher les paroles, chez un paralytique qui, à la période avancée de sa maladie, répétait pendant des heures entières le même mot, le verbigérant avec de nombreuses permutations de syllabes et de sons (excitation corticale dans le mécanisme du langage, jointe à un arrêt dans la marche des représentations?).

[3] Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 9, fasc. 1. — Brosius, *Ibid.*, 14, fasc. 1. — Martini, 13, fasc. 4. — Damerow, *Sefeloge*, p. 99. — Schlager, *Wiener medic. Wochenblatt.*, XIX, 11, 12, 17.

duite par le besoin de créer un nouveau mot pour désigner soit une nouvelle forme de pensées et de sentiments morbides, ou bien l'hallucination est un phénomène nouveau pour le malade qui ne trouve dans sa langue aucun terme assez expressif. Cette création de nouvelles expressions est essentiellement produite par un mécanisme inconscient du cerveau de même que, à l'état de veille psychologique et dans l'état de rêve, des liaisons de sons sans ordre et sans signification peuvent se présenter à la conscience.

2° *Dysphasies* [1]. — D'après l'excellente classification de Kussmaul, il faut ranger dans ce groupe les aphasies, qui se rencontrent dans les affections cérébrales avec symptômes physiques prédominants (folie traumatique, apoplectique, paralytique) souvent aussi dans les épilepsies. Ordinairement il s'agit d'aphasie amnésique et plus rarement d'aphasie ataxique. Souvent il y a en même temps alexie, agraphie ou aussi paralexie et paragraphie, surdité et cécité des mots (démence paralytique). La démence qui, la plupart du temps, existe simultanément, rend difficile l'étude des symptômes aphasiques, étant donné que le malade n'a conscience ni de sa paralexie ni de sa paragraphie.

[1] Kussmaul, *Op. cit.*, p. 153. — Bergmann, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 6, p. 657. — Nasse, *Ibid.*, 10, p. 525. — Falret, *Archiv. gén.*, 1864; et *Diction. encyclop.*, 1866. — Spamer, *Arch. f. Psych.*, IV.

CHAPITRE VII

TROUBLES PSYCHO-SENSORIELS[1]

(HALLUCINATIONS)

Parmi les anomalies élémentaires les plus importantes de la folie il faut compter les délires des sens ou hallucinations, c'est-à-dire les illusions produites dans le domaine des sens et causées par des impressions sensorielles (Hagen).

Depuis Esquirol qui, le premier, a donné une étude approfondie de ces phénomènes, on a l'habitude de distinguer ici deux sortes de processus :

1° L'hallucination ;

2° L'illusion.

Voici la différence qui existe entre ces deux processus : dans l'hallucination aucune excitation sensitive extérieure n'a amené la perception sensorielle (subjective), tandis que, dans l'illusion, une excitation de l'appareil sensoriel périphérique, venue du dehors ou ayant surgi spontanément, a été altérée en se rendant à l'organe de la perception et arrive faussée dans la conscience.

I. — Hallucination.

L'individu atteint d'hallucinations voit, entend, sent, goûte, flaire des choses dénuées de tout fondement, avec la même netteté que s'il s'agissait d'une perception des sens objectivement justifiée.

Ce processus est certainement morbide. Comme toute maladie n'est au fond autre chose qu'une fonction qui s'accomplit dans des conditions anormales, l'examen scientifique du phénomène doit étudier la fonction dans ses conditions normales et établir l'anomalie de ces conditions.

[1] Voir S. Johannes Müller, *Handb. d. Physiologie*, 1, p. 129, et *Uber phantastische Gesichtserscheinungen*, 1826. — Hagen, *Die Sinnestæuschungen*, 1838. — Le même, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 25. — Esquirol, *Arch. génér.*, 1832. — Brierre de Boismont, *Des Hallucinations*, 2e édition, 1852. — Kahlbaum, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 23. — Lazarus, *Die Lehre von den Sinnestæuschungen*, 1807. — Tamburini, *Irrenfreund*, 1880, 11, 12. — Kræpelin, *Trugwahrnehmungen*, *Vierteljahrsschr. f. wissenschaftl. Philos.*, V, 2. — Kandinsky, *Arch. f. Psych.*, XI.

Le processus normal de la perception sensitive peut se décomposer en trois temps :

1° La réception d'une excitation physique du monde extérieur par l'organe terminal d'un appareil sensoriel (rétine, organe de Corti, corps tactiles, etc.) et la transmission de ce processus moteur par la voie centripète des nerfs sensitifs correspondants;

2° La transformation de ce processus moteur en un processus psychique élémentaire (sensation) aussitôt qu'il a atteint l'extrémité du nerf sensitif dans le cerveau (organe de perception, cerveau sensitif, centrum sensationis, centre subcortical);

3° La transmission du processus moteur qui a été modifié dans le centre subcortical au dernier centre sensoriel (centre cortical sensoriel, organe de la perception, centrum ideationis) en suivant les voies qui vont du centre subcortical à l'écorce cérébrale.

Si ce centre terminal se trouve dans un certain état d'excitation fonctionnelle qu'on appelle l'attention et s'il contient des résidus d'une ancienne excitation (images sensitives de souvenir), le processus d'excitation, en arrivant dans le centre terminal cortical, provoque le réveil de ces résidus. Par la fusion d'une réminiscence ainsi réveillée avec le processus centripète, il se produit une perception, c'est-à-dire l'interprétation d'une impression sensorielle comme image du souvenir d'une impression antérieure qui, selon la loi de l'apparition excentrique ou de la projection, est rapportée à la source d'origine et renvoyée de cette manière dans le monde extérieur. Ce processus très compliqué de la perception sensorielle est pour nous un phénomène inconscient : ce n'est que le résultat tout fait de ce processus, la perception sensitive, qui arrive à notre conscience. Suivant que le centre de perception est plus ou moins préparé, qu'il fonctionne plus ou moins bien, le processus de la perception sera rapide comme l'éclair, intuitif, ou lent et laborieux.

Si l'image du souvenir éveillée et arrivée à se fusionner répond au processus d'excitation centripète comme similaire de celle que l'image du souvenir originaire a laissée comme résidu, la perception apparaît comme une perception adéquate et individuellement juste; dans l'autre cas (quand il n'y a pas coïncidence), le sujet chez qui se produit le processus est en proie à une illusion de perception (illusion psychique).

Grâce à la faculté de la mémoire, immanente dans les centres sensitifs corticaux, l'image du souvenir peut être évoquée d'une manière passive ou d'une manière active dans la conscience.

La reproduction passive peut se faire organiquement par une excitation autochtone ou réflexe, fonctionnellement par un nouveau processus d'excitation centripète dans la voie sensitive, ou par une association d'idées.

La reproduction active peut se faire par l'évocation arbitraire de l'image du souvenir.

Si la fonction de la mémoire est intacte, l'intégrité de la reproduction active est garantie. Dans la reproduction spontanée, une reproduction sous une forme modifiée (par la fusion avec d'autres images de souvenir) est impossible.

La différence fondamentale entre le souvenir et la perception (représentation imaginative et sensorielle — Sully) consiste en ce que le premier produit seulement dans les circonstances ordinaires une image idéale de souvenir et non pas une image sensorielle. C'est probablement pour cette raison que la conscience est capable de discerner toujours facilement une réminiscence d'une image de perception. La cause de ce phénomène ne peut être fournie que par le fait que, lors de la formation de l'image de perception, tout l'appareil des sens est mis à contribution, tandis que pour l'image de souvenir cet appareil n'y a aucune part ou du moins n'y concourt pas d'une manière aussi intensive que pour l'image de perception. Quand une image de souvenir atteint la vigueur d'une perception sensitive (hallucination), on est amené à supposer que l'appareil des sens qui se trouve dans des conditions anormales a été mis par le centre dans un état d'excitation fonctionnelle approximativement aussi fort que celui qui serait produit par une perception sensitive physiquement justifiée et venant du dehors. La cause de ce phénomène tient ou à la force d'irritation anormale de l'image de souvenir, ou à la réceptibilité augmentée de l'appareil des sens, ou ce qui est encore possible, à ces deux conditions à la fois.

Il est très difficile de trancher cette question étant donné les lacunes dans nos connaissances sur les diverses parties de l'appareil des sens.

Le degré d'intensité de la représentation de souvenir n'est pas sans importance : cela ressort du fait que les conditions occasionnelles pour la production des hallucinations peuvent se résumer en ce fait qu'elles doivent amener une irritation et une concentration intenses de la faculté représentative. Fonctionnellement cela se produit dans les états émotionnels (peur, effroi, enthousiasme) ainsi que dans l'accentuation de l'attention (émotions d'attente, vive absorption par un objet), quand il n'y a pas d'excitation des sens venant du dehors (obscurité, solitude, etc.). Ces conditions se trouvent surtout réalisées dans les prisons cellulaires où se font sentir les émotions, les remords, la nostalgie de la liberté, évoquant des réminiscences vivement annotées ; en outre l'absence d'excitations sensitives provenant du dehors fait que l'individu ne s'occupe que des tableaux que lui présente son imagination.

En effet, dans les prisons cellulaires, les hallucinations ne sont pas rares. Organiquement la formation des vives réminiscences est aidée par le fait que, dans le cas de maladies de l'écorce cérébrale, ces images de souvenir ne sont pas amenées par la voie dynamo-fonctionnelle psychique du réveil associatif, mais provoquées par des phénomènes organico-physiologiques.

Comme irritations organiques intérieures dans le domaine de l'écorce cérébrale on a admis : les troubles de la nutrition, comme il s'en produit facilement dans le processus qui est la base de la folie, dans les maladies fébriles, dans les états d'inanition, dans les intoxications.

Ce sont surtout les états d'inanition (anémie) qui favorisent la formation des hallucinations (naufragés, voyageurs mourant dans le désert, gens épuisés par une maladie aiguë, par des pertes de sang, ascétiques pratiquant les jeûnes, etc.).

Dans le domaine physiologique aussi on peut constater de grandes différences d'intensité dans les images de souvenirs. Ainsi on sait que le jeune homme a beaucoup plus d'imagination que le vieillard chez qui les images visuelles de souvenir surtout sont mal reproduites.

Ainsi il y a des individus qui par prédisposition originaire ont une mémoire des sens mauvaise ou partiellement mauvaise, contrairement à d'autres dont les images sensitives de souvenir se reproduisent avec une vivacité extraordinaire. Ce don se rencontre chez les artistes, soit comme faculté simplement reproductive, soit comme faculté opérant des transformations imaginatives.

C'est sur ce talent qu'est fondé l'art des représentations émouvantes de certains grands artistes dramatiques, les créations plastiques ordinaires d'un Gœthe, d'un Ossian, d'un Homère. Chez les compositeurs aussi la finesse de l'instrumentation, les nuances de leurs œuvres musicales proviennent probablement d'un pouvoir de reproduction subtil et vif de leur mémoire acoustique. Il faut admettre sans réserve que les individus doués d'une grande sensibilité sont plus portés aux hallucinations que les pauvres d'imagination qui se meuvent plutôt dans le domaine des idées abstraites; ce qui plus est, chez les premiers, les images de souvenirs mêmes peuvent prendre une netteté plastique qui frise l'hallucination (Gœthe). Ces visions plastiques (hallucinations psychiques, Baillarger; pseudo-hallucinations, Kahlbaum), ces voix intérieures très vives représentent manifestement des transitions à peine perceptibles vers l'hallucination; et d'autre part les observations faites sur les aliénés nous apprennent que leurs hallucinations n'ont pas toujours ou ont rarement dès le début l'intensité d'une vraie perception des sens.

Dans tous les cas on peut encore douter si la reproduction, quelque intensive qu'elle soit, d'une image sensitive de souvenir, ou plutôt si une puissante excitation du centre cortical suffisent à donner à l'image de souvenir la force d'une image de perception et à la transformer en hallucination.

Tous les faits de la physiologie moderne de l'écorce cérébrale confirment la supposition que les centres sensoriels corticaux ne sont que le siège du phénomène de la perception et de la conservation des images de souvenir. L'image de souvenir, arrivée à son expression plastique (hallucination), ne peut être reproduite dans une autre région de l'appareil des sens. Dans les centres subcorticaux (cerveau sensitif) des sensations élémentaires (lumière, couleurs, sons, etc.) peuvent probablement se reproduire par des processus d'irritation spontanés et intérieurs et atteindre l'intensité d'une sensation réelle, mais jamais le même fait ne pourrait se produire pour des figures, des mots et en général pour des images de souvenir plus compliquées.

Pour que l'image de souvenir devienne hallucination, il faut, sans préjudice de l'intensité de cette image, qu'il y ait des conditions analogues à celles qui sont nécessaires à l'accomplissement de la perception sensitive, c'est-à-dire qu'il faut une irradiation fonctionnelle dans tout le trajet centro-périphérique des sens.

Le changement des conditions consiste en ceci que ce n'est pas un phénomène extérieur physique, mais un phénomène intérieur psychologique qui fait résonner l'appareil des sens. Dans la perception sensitive il s'agit d'un phénomène centripète, dans l'hallucination d'un phénomène centrifuge. Tous deux concordent en ce sens que, suivant la loi de la projection excentrique ou loi de la perception, la cause de l'excitation est reportée à la périphérie du trajet sensoriel, dans le monde extérieur.

Alors l'illusion est parfaite et la conscience de l'halluciné ne peut plus la reconnaître qu'indirectement. On ne peut qu'émettre de pures suppositions sur la question de savoir sur quoi repose cette faculté du trajet sensoriel de se mettre en vibration par suite d'une simple excitation psychologique (représentation).

On pourrait regarder cette augmentation de la réceptivité comme une sorte d'hyperesthésie.

Dans tous les cas, il s'agit d'un acte purement fonctionnel. En général, l'hallucination se rencontre surtout dans les affections cérébrales purement fonctionnelles où l'on peut constater aussi dans d'autres fonctions des phénomènes d'augment de l'excitation fonctionnelle. Ainsi s'explique la fréquence des hallucinations dans les psychoses fonctionnelles, dans l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, etc. Comme résultat de l'observation on peut considérer ce changement fonctionnel dans la voie sensorielle comme la condition fondamentale pour l'origine des hallucinations ; autrement l'hallucination serait un phénomène quotidien et ordinaire, car les conditions qui amènent une intensité extraordinaire des réminiscences (émotion, attention. concentration, tension volontaire de l'imagination) se produisent très facilement. Si ces conditions conduisent réellement à l'hallucination, on peut avec certitude admettre une excitabilité anormale de l'appareil sensoriel centro-périphérique. La preuve que l'hallucination ne peut se former que dans le centre sensoriel cortical est fournie par les faits expérimentaux suivants :

1° La disparition des phénomènes hallucinatoires aussitôt que le centre sensoriel cortical a été détruit et que cette destruction a amené la perte des images de souvenir (maladies organiques localisées de l'écorce cérébrale, imbécillité apathique);

2° La possibilité d'avoir des hallucinations bien que l'organe sensoriel extérieur soit complètement détruit;

3° Dans les processus d'excitation, l'appareil sensoriel périphérique, y compris son centre subcortical, se borne à des sensations subjectives élémentaires (lumière, bruits), mais il ne produit jamais des figures, des mots, etc. ;

4° La nature de l'hallucination est souvent conforme à la nature de la conception. Elle représente des conceptions visuelles devenues plastiques et des conceptions auditives devenues perceptibles.

Ce n'est qu'ainsi qu'on peut s'expliquer que parfois des hallucinations portant sur le même sujet, se rencontrent, comme par contagion, chez un grand nombre d'hommes préoccupés par les mêmes conceptions et se trouvant en même temps dans un état d'excitation émotionnelle.

Cependant l'objet de l'hallucination et celui de la conception ne sont pas toujours conformes l'un à l'autre.

Pour comprendre ce fait il est nécessaire d'examiner de quelle manière les images de souvenir susceptibles de se transformer en hallucinations, peuvent être évoquées.

Les circonstances sont tout à fait les mêmes que dans la formation des idées pures, par suite des idées délirantes.

L'évocation de l'image de souvenir, destinée à devenir une hallucination, peut avoir lieu spontanément par la voie physiologique organique ou par la voie dynamo-associative.

Dans le premier cas il n'est pas nécessaire que la représentation de souvenir soit consciente. Elle peut, au moment de son réveil, devenir effective, de sorte que la conscience n'en tient compte que lorsque cette réminiscence est arrivée à l'état d'hallucination.

La cause du souvenir peut être directe : une excitation dans le centre sensoriel. Mais on peut aussi admettre que cette excitation soit amenée au centre par un phénomène d'excitation soit dans la voie sensorielle périphérique, soit dans les voies sensitives d'un viscère quelconque.

La représentation de souvenir produite par association et devenant hallucination, sera ordinairement une représentation consciente et s'intercalera dans la marche des conceptions concrètes et conscientes.

Mais il n'est pas nécessaire qu'elle soit identique à sa forme originelle ; au contraire, elle apparaît souvent sous une forme travestie, imaginaire. Elle peut être réveillée par une représentation reproduite, par association ou par une perception sensitive ou même par une hallucination. On désigne ordinairement l'hallucination secondaire sous le nom d'hallucination réflexe (Kahlbaum). La nature de l'hallucination peut être stable (une représentation de souvenir associative, fixée par la concentration, l'émotion, ou par une évocation continuelle et réitérée, par suite d'une excitation organique ou périphérique d'une qualité déterminée), ou bien le sujet varie constamment comme dans un kaléidoscope.

Il est très rare que les hallucinations soient localisées à un œil ou à une oreille. Il s'agit alors d'illusions ou du moins d'excitations amenées par la voie sensitive au centre sensoriel. Il serait possible aussi qu'il n'y eût qu'une excitation organique unilatérale dans un centre cortical.

Toutes les fois que des représentations produites par le processus psychologique de l'association des idées et séjournant dans la conscience, sont capables d'exciter le centre sensoriel dans le sens d'une hallucination, il faut conclure à un état très avancé d'hyperesthésie de l'appareil sensoriel central et périphérique.

Comme exemples à l'appui de ce fait, il faut citer ces malades qui, au moment de lire ou de penser quelque chose, entendent prononcer la même chose dans le monde extérieur et qui se plaignent alors que leurs pensées sont exprimées et devinées par d'autres personnes.

Quelques-uns de ces phénomènes sont probablement des pseudo-hallucinations ; c'est surtout le cas quand les malades arrivent à se rendre compte

de l'origine subjective de leurs hallucinations et qu'ils les désignent par le mot « penser à haute voix » ; ainsi que le disait le malade de Leuret : « c'est un travail qui se fait dans ma tête ».

La signification nosologique de l'hallucination est celle d'un trouble élémentaire des fonctions psycho-sensorielles. Elle indique toujours un état morbide du système nerveux central. Elle se rencontre le plus souvent dans l'état délirant, mais, en elle-même, elle ne constitue pas du tout le critérium de l'aliénation mentale.

La signification psychologique de l'hallucination est celle d'une perception sensitive réelle. Il ne semble pas seulement à l'halluciné qu'il a telle ou telle impression; il voit, entend, goûte, sent réellement, comme si un objet réel produisait une impression sensitive.

Une question importante est de savoir ce que devient au cours du phénomène, la perception sensitive subjective : si elle est reconnue par la conscience comme une hallucination ou si, n'étant pas jugée comme telle, elle arrive à fausser la conscience.

Cela dépend de l'état d'ensemble de la conscience et de l'intégrité des autres sphères sensorielles. La rectification est de règle chez le non-aliéné. La réflexion et l'attention qui sont intactes, l'activité des autres sens qui n'est point faussée et leur témoignage exact, amènent presque nécessairement à la rectification de l'illusion sensorielle. Dans ce cas, il est fort intéressant d'observer l'effet bouleversant que ce phénomène, pour ainsi dire sursensitif, produit même chez les individus sains d'esprit et sur les personnes qui connaissent à fond sa nature et sa marche.

Chez les aliénés, l'hallucination est généralement confondue avec une perception sensitive objective : car la conscience est altérée; les émotions troublent la raison et le calme de la réflexion ; de plus il existe souvent simultanément des hallucinations de plusieurs sens, de sorte qu'une perception sensitive subjective en appuie une autre, en même temps que les moyens de rectification et de contrôle de la perception sont entravés.

Cependant il arrive aussi que les aliénés rectifient et corrigent leurs hallucinations. Cela a lieu surtout quand les hallucinations portent sur un seul objet et se produisent rarement, qu'elles ne sont pas compliquées d'émotions, que l'individu atteint appartient aux classes instruites et que l'hallucination est la manifestation plastique momentanée de pensées correspondantes ou de mots qu'il vient de lire.

Dans la plupart des cas cependant les représentations qui provoquent les hallucinations, semblent naître d'une irritation cérébrale spontanée (non associative), ou du moins elles n'arrivent pas à la conscience du malade avant d'être transformées en hallucinations. De là vient que souvent le sujet des hallucinations ne correspond pas à celui de la conception consciente du moment et que par conséquent on le prend pour une chose étrangère et on le reporte dans le monde extérieur.

Une question pratique qui ne manque pas d'importance, se pose à ce propos, c'est de savoir si les hallucinations qui ne sont pas reconnues

comme telles par l'individu, constituent un symptôme de folie. Certains auteurs, notamment des Français, n'ont pas hésité à répondre par l'affirmative à cette question, mais c'est à tort, car tout d'abord l'hallucination, quand même elle serait prise pour une réalité, n'est qu'un phénomène élémentaire qui ne nous dit rien par elle-même ni sur l'état général d'un individu, ni sur son état cérébral ; d'autre part, on a observé des personnes qui ont cru à la réalité de leurs hallucinations et qu'il nous serait bien difficile de considérer comme des aliénés (Mahomet, Napoléon, Socrate, qui causait avec son démon ; Benvenuto Cellini qui eut une vision du soleil pendant que, dans sa prison, il priait Dieu de lui permettre de voir encore une fois la lumière du soleil ; Pascal, qui a vu devant lui un précipice ; la pucelle d'Orléans ; Luther, qui jetait son encrier au diable, et d'autres).

L'explication n'est pas difficile quand on songe que ces hallucinés étaient dominés par l'illusion, la superstition de leur siècle, par leur tendance aux choses mystiques, et qu'ils n'avaient pas l'instruction nécessaire, ou n'étaient pas prédisposés pour rectifier et corriger les créations de leur imagination.

Cependant nous devons admettre que les hallucinations prises pour des réalités constituent des phénomènes qui compromettent l'intégrité des rapports avec le monde extérieur réel.

Quelque simple que paraisse la constatation d'une hallucination, il peut devenir difficile de se prémunir contre l'erreur et la confusion avec d'autres faits morbides. Sans doute on prend souvent pour des hallucinations ce qui n'en est pas en réalité, entre autres :

α). Les rêves de certains fous qui, dans leur imagination, se mettent, comme un acteur, dans un rôle ou dans une situation, font des dialogues sans voir ni entendre réellement d'interlocuteurs (Hagen) ;

β). La reproduction des images des songes et le fait de les reporter dans le monde réel comme des événements réels. Cette absence de critique se rencontre dans des états de faiblesse psychique ;

γ). La confusion d'une conception qui vient de naître avec le souvenir d'une perception qu'on croit avoir reçue. Dans cette catégorie rentrent les malades qui prétendent qu'on a dit sur leur compte telle ou telle chose, qu'on les a calomniés, alors que sur le moment ils s'imaginent seulement que ces faits ont eu lieu. Les assertions des malades se distinguent dans ces cas par leur caractère vague de la véritable hallucination (Hagen).

Les symptômes qui indiquent assez sûrement l'existence de phénomènes hallucinatoires sont les suivants : une attention haletante portant sur un objet déterminé, la fixité du regard dans une direction déterminée, le fait de se boucher les oreilles, de se voiler la face. Beaucoup de malades, sans y être invités, rapportent ce que leur ont dit « leurs voix » et désignent souvent par un nom spécial l'objet de l'hallucination.

La création de mots nouveaux, le mutisme, le refus d'aliments sont des phénomènes très souvent causés par des hallucinations.

Il nous reste encore à appeler brièvement l'attention sur la signification historique et sociale des hallucinations.

Il n'y a guère de phénomène, dans la vie humaine, qui, aux diverses époques de son existence, ait été exposé à des appréciations aussi variables suivant les opinions émises par l'Église, la philosophie et les sciences naturelles. L'histoire des hallucinations forme une partie de l'histoire de la civilisation de tous les peuples et de toutes les époques; c'est un miroir qui reflète les opinions religieuses.

Les hallucinations ont été la cause d'importants événements historiques (vision de la croix par Constantin le Grand); elles ont créé des religions (Mahomet); elles ont amené aux aberrations les plus pitoyables dans les procès de sorcières, à la superstition et à la croyance aux revenants. Elles ont eu une part importante dans l'origine des contes et des légendes (croyance en l'existence des fées, des nymphes, des diables, des fantômes, des spectres), et ce n'est pas par hasard que les auteurs de ces légendes sont de préférence des campagnards, des bergers, des chasseurs, c'est-à-dire des hommes chez qui le vif contact avec la nature développe une prédominance de la vie sensitive et de l'imagination.

Un exemple frappant de ce genre c'est le second sight (seconde vue) des montagnards écossais qui consiste en ce que des personnes particulièrement prédisposées, c'est-à-dire nerveuses, ont le don de voir les autres dans certaines situations, par exemple étalées dans un cercueil, — ce qui, plus tard, peut par hasard devenir une réalité.

Il faut ranger aussi dans cette catégorie l'apparition de mauvais augure de sa propre figure (vision gris-clair que Gœthe eut de sa propre personne en allant à cheval à Drusenheim).

Les hallucinations sont très fréquentes dans l'histoire des couvents où la prédisposition nerveuse, le jeûne, la mortification, la privation de sommeil, la concentration intensive de la pensée sur un très petit nombre de représentations et par suite une imagination surexcitée, peut-être aussi la masturbation sont réunies pour les provoquer.

Dans les créations poétiques, les hallucinations sont du plus grand effet; voilà pourquoi les poètes, se rendant compte de la signification psychologique des hallucinations, ou peut-être aussi par instinct, ont recours aux hallucinations quand ils veulent produire un effet émouvant.

Sous ce rapport la vision de Macbeth dans la tragédie de Shakespeare produit un effet grandiose quand Macbeth trouve sa place à table déjà occupée par le spectre de Banco.

Un exemple excellent de l'utilisation des hallucinations dans l'art poétique nous est fourni par le *Roi des Aulnes* de Gœthe.

II. — Illusion.

On distingue des hallucinations les illusions, c'est-à-dire les sensations sensorielles qui, dans leur trajet jusqu'à l'organe de la perception,

subissent un faussement et trompent la conscience sur l'origine du phénomène sensationnel.

Leur apparition provient de l'appareil sensoriel périphérique; leur marche est centripète.

Leur apparition fréquente s'explique par le caractère compliqué du processus de la perception; en effet les illusions sont des phénomènes ordinaires et quotidiens de la vie physiologique;

Le lieu de leur origine peut être :

1° Le monde extérieur que l'excitation physique a à traverser (illusion physique);

2° L'appareil sensoriel périphérique et l'organe subcortical de la perception (illusion physiologique);

3° L'organe cortical de la perception (illusion psychique).

1° Les illusions dont la cause se trouve dans le monde extérieur sont souvent occasionnées par le changement de milieu que l'excitation extérieure doit traverser pour atteindre les organes des sens.

Ainsi les mêmes objets paraissent plus petits et plus éloignés quand l'air est raréfié, plus grands et plus rapprochés quand l'air est plus dense, la réfraction des rayons lumineux étant plus faible lors du passage d'un milieu raréfié dans un milieu plus dense et plus forte dans le cas inverse.

C'est par suite de la nature physique et physiologique de notre organe visuel que, par exemple, les arbres et les poteaux télégraphiques semblent passer comme un vol rapide devant nous quand nous nous trouvons dans un train en marche, tandis que c'est bien nous qui passons rapidement devant eux; un bâton plongé dans l'eau nous semble fléchi; les objets clairs sur fond noir nous paraissent par irradiation plus grands qu'ils ne sont en réalité, etc.

2° Une source importante d'illusions c'est l'irritation des nerfs sensoriels par des stimulants inadéquats[1]. Par suite de son énergie spécifique l'appareil sensoriel répond par la sensation qui lui est particulière aux excitations quelconques qui peuvent l'atteindre.

L'excitation causée par une fluxion et par des exsudats tels qu'en produit l'inflammation dans la choroïdite ou dans la rétinite, l'excitation causée par une pression sur l'œil ont pour réponse une sensation lumineuse. Dans les catarrhes de l'oreille moyenne ou interne, il se produit des bruissements, des crépitements, des bourdonnements dans l'oreille.

L'appareil des sens ne peut réagir devant ces excitations inadéquates que d'après les qualités élémentaires de la sensation; mais la sensation subjective, amenée jusqu'à l'écorce cérébrale, peut en ce dernier endroit produire une représentation qui n'est pas adéquate à la sensation et par là même créer une illusion.

L'homme sain d'esprit et dont la raison est intacte, n'est pas exposé à cette illusion; il interprète d'une manière juste la sensation subjective, il

[1] Köppe, *Gehörsstörungen und Psychosen.*, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 24, p. 17. — Sully, *Arch. f. Psych.*, IV, 3.

la considère comme telle et en l'éprouvant il conclut à l'existence d'une maladie de l'appareil des sens; il n'en est pas de même chez l'aliéné dont la conscience est troublée et qui, vu le trouble de sa raison et ses émotions morbides, n'est que trop facilement porté à transformer d'une manière imaginaire cette excitation subjective de ses organes sensoriels.

Il est évident que, chez les aliénés, beaucoup de phénomènes considérés comme des hallucinations trouvent leur explication dans ce fait que le malade encore calme avait au début très justement considéré comme une excitation subjective des sens les sensations subjectives qu'il avait d'abord perçues (scintillements lumineux, bourdonnements d'oreille) et que ce n'est que plus tard, avec les progrès du trouble de la conscience, qu'il les a pris pour des flammes, des diables, des menaces et des injures, et qu'il y a puisé les éléments de ses visions et de ses voix.

Tel est le cas notamment quand la prétendue hallucination est due à des phosphènes ou à des bruits, qu'elle est constamment accompagnée de ces états d'excitation subjective de l'appareil des sens, quand le sujet de l'hallucination est stable, quand le phénomène est localisé à un œil ou à une oreille, donc unilatéral, et quand la sensation disparaît aussitôt que l'individu ferme les yeux.

La fréquence et l'importance de ces illusions justifie la nécessité, toutes les fois qu'il se produit des illusions vagues ou stables, apparaissant simultanément avec des sensations élémentaires subjectives, de soumettre à un examen physique très minutieux l'organe sensoriel; à cet effet, on se servira, du moins en ce qui concerne l'organe auditif, avec beaucoup d'avantage du courant constant par le procédé de Brenner.

3° Il arrive assez souvent que l'appareil sensoriel périphérique, y compris l'organe de la perception, ne laisse rien à désirer dans sa manière de fonctionner; le faussement de la sensation ne se produit que dans le centre de la perception et l'illusion a une cause psychique. La cause de ces illusions d'origine psychique tient en partie au manque d'attention, en partie à la défectuosité de la perception et parfois à ces deux causes à la fois. Un phénomène fréquent qu'on peut classer dans cette catégorie et qui existe aussi dans la vie physiologique, c'est celui des illusions émotives.

Dans ce cas l'exactitude de la perception est troublée par le fait que le monde des conceptions est préoccupé par un cadre d'idées déterminées. L'excitation des sens arrivant à l'organe de la perception, produit une représentation qui répond à l'état de l'esprit mais non à la réalité; cette représentation est accompagnée d'une image sensitive qui, comme une perception, est extériorisée sans que l'individu s'aperçoive de son erreur.

Ainsi s'expliquent les faits : pour le voyageur peureux qui traverse seul une forêt le bruit d'une feuille devient le pas d'un brigand qui le poursuit ; l'homme qui a peur des spectres croit, quand il entre la nuit dans un cimetière, en voir surgir un derrière chaque pierre.

C'est ainsi qu'un individu qui se trouve en état d'exaltation religieuse voit se pencher vers lui l'image de la sainte Vierge, à l'église, le crucifix tourner les yeux, etc.; c'est ainsi que, dans l'emportement de la colère, les

gestes et les mots de celui qui a provoqué cet état, bien qu'ils n'aient en eux-mêmes rien de blessant, sont faussement interprétés comme des offenses, des menaces, etc.; c'est ainsi que l'individu tourmenté par la jalousie interprète faussement et suspecte des faits absolument insignifiants; c'est ainsi que l'individu enflammé d'un amour ardent n'aperçoit qu'avec une auréole idéale l'objet banal de ses désirs, en voit les laideurs sous le jour de la beauté (Don Quichotte et ses aventures avec Maritorne), ou que l'individu emporté par l'enthousiasme prend des moulins à vent pour des géants et les combat.

Une seconde source d'illusions est due au manque de netteté de l'impression causée par l'absence d'attention, par distraction, ou par le caractère éphémère et imparfait de la sensation.

Une grande quantité de phénomènes rentrent dans cette catégorie. Nous apercevons, par exemple, à l'horizon un nuage qui nous semble avoir la silhouette d'un géant, d'une maison, d'un navire.

La perception fausse réveille notre attention et alors nous arrivons à ne plus voir autrement que sous ses contours réels le nuage fantastique; nous marchons d'un air distrait dans la rue, nous croyons rencontrer un ami et nous sommes déjà sur le point de l'aborder, mais, en regardant attentivement, nous voyons que c'est un étranger.

Ces sortes d'illusions sont favorisées par les phénomènes physiques qui rendent difficile la netteté de la sensation : tels sont, par exemple, le crépuscule, le clair de lune, le brouillard, etc.

Alors on peut prendre un arbre pour un homme, un vêtement suspendu à une fenêtre pour le cadavre d'un pendu.

Ce genre d'illusion est aussitôt rectifié par l'attention. Mais si l'attention manque, si, par exemple, l'impression illusoire provoque l'émotion de la peur et de l'épouvante, l'illusion n'est plus corrigée.

Parmi ces illusions il faut ranger aussi celles qu'on observe si souvent dans l'état maniaque où l'accélération énorme des processus de la représentation rend impossibles l'examen calme, le triage et l'appréciation des impressions venant du monde extérieur.

Une autre source d'illusions, que nous pourrions appeler avec plus de justesse des délires de jugement, vient de ce que l'individu n'a pas l'expérience nécessaire pour discerner les uns des autres les objets qui ont une certaine ressemblance (enfance) ou de ce qu'il a perdu cette expérience (état de faiblesse psychique).

Le petit enfant prend tous les individus à l'air viril pour son père, car il n'a pas encore des représentations différenciées ; l'imbécile ou le paralytique collectionnent des chiffons bigarrés, des cailloux luisants, etc., parce qu'ils les prennent pour de l'or et des pierres précieuses.

Une illusion très fréquente chez les aliénés est celle qui provient de ce que la perception nouvelle n'a qu'une ressemblance vague avec la perception originale et que l'individu les prend pour identiques. Ce phénomène suppose une faiblesse de la mémoire, une fidélité moindre dans la reproduction. L'illusion devient fixe parce que la faiblesse de perception et de

contrôle qui existent simultanément dans la plupart des cas, écartent toute possibilité de rectification.

C'est pour cela que les aliénés confondent si souvent les personnes[1]; cette confusion se distingue de celle que commettent les hommes normaux, illusion passagère et causée par le manque d'attention et la distraction, par sa stabilité, et par le fait qu'elle persiste souvent en présence de personnes déterminées de l'entourage, pendant des semaines, des mois entiers et même pendant toute la durée de la maladie. Évidemment, dans ce cas, ce sont des ressemblances, souvent bien vagues, entre l'image visuelle de la personne présente et l'image de souvenir pâlie de personnes absentes qui produisent cette confusion.

La signification psychologique de l'illusion est la même que celle de l'hallucination.

Si l'erreur des sens n'est pas rectifiée, il en résulte toutes les conséquences possibles, d'une fausse perception. Les conditions et les moyens de rectification sont les mêmes que dans l'hallucination. Etant donné les troubles de la raison et de l'activité des sens qui existent chez les aliénés, le faussement de la conscience par les illusions est chose ordinaire.

DÉLIRES DES SENS DANS LA FOLIE

Après ces remarques pathogéniques qui serviront d'introduction, il nous reste encore à envisager les délires des sens (hallucinations et illusions) dans leur manifestation clinique comme éléments morbides importants dans la folie. Il faut examiner le phénomène à deux points de vue :

1° D'après la fréquence et les particularités des délires dans les différents domaines des sens;

2° D'après leur fréquence et leurs particularités dans les différentes formes de la folie.

1° Si nous posons tout d'abord la question de la fréquence des délires des sens dans la folie en général, nous rencontrons pour y répondre de grandes difficultés; car évidemment les délires des sens se produisent plus souvent qu'on ne les observe. Beaucoup de malades savent les cacher, ainsi qu'ils le font pour leurs idées délirantes. Puis, il est difficile de distinguer les délires des sens des imaginations simples, des délires de jugement, des idées délirantes.

La question de leur fréquence dans les divers domaines des sens est de beaucoup plus importante. Tandis que chez les hommes normaux, en dehors des illusions quotidiennes qui, parce qu'elles sont immédiatement corrigées, restent sans conséquence, il ne peut se produire que des hallucinations visuelles (visions) et très rarement des hallucinations auditives; chez les aliénés, les délires des sens portent sur d'autres domaines sensoriels, parfois même sur tous les sens.

[1] Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 17, p. 553.

Quant à leur degré de fréquence, les hallucinations visuelles et les hallucinations auditives sont à peu près en balance, cependant on a remarqué que les premières se rencontrent surtout dans la folie, les secondes plutôt dans la folie chronique. Les hallucinations du sens olfactif ou du sens du goût sont de beaucoup plus rares. Pour le sens tactile et la perception générale, il est difficile de bien discerner entre les hallucinations et les illusions. Les délires dans ces deux derniers domaines sensoriels sont certainement plus fréquents que ceux du sens olfactif et du sens du goût. Les plus rares sont les illusions de tous les sens à la fois.

Quand les délires des sens représentent l'expression de pensées de la vie intellectuelle consciente ou du moins des signes d'extériorisation de la vie intellectuelle inconsciente, et souvent influencés par l'état d'esprit, ils sont en général conformes aux sentiments et aux pensées dont l'individu est rempli à un moment donné.

Le mélancolique, dans ses émotions d'angoisse anxieuse, voit les bourreaux qui vont le livrer à la justice; la femme mélancolique, rongée par les soucis pour l'existence de ses enfants, entend leurs cris de détresse et leurs râles; le maniaque, heureux dans son émotion expansive, se réjouit à l'aspect de châteaux et de plaisirs imaginaires; celui qui est atteint du délire de la persécution, entend le chuchotement de ses ennemis qui se concertent pour le supprimer; dans les regards de son entourage, il lit des signes de connivence; dans les paroles et les bruits insignifiants, il saisit des menaces et des injures; dans les aliments et dans la boisson, il reconnaît la présence de matières vénéneuses; dans les sensations cutanées désagréables et dans les sensations de la perception générale, il reconnaît les menées nocturnes de ses ennemis qui, avec des machines fabuleuses, cherchent à détruire sa vie et sa santé; le fou religieux voit le ciel ouvert, est favorisé par l'apparition des personnes célestes, entend le chœur des anges, la voix divine qui lui dicte des ordres, des prophéties, etc.

Ce qui est remarquable, c'est la manière différente dont les hallucinés auditifs objectivent les voix qu'ils entendent.

Dans certains cas rares, notamment quand l'hallucination n'est que la manifestation plastique d'une représentation consciente et qu'elle est conforme au sujet de la représentation du moment, le malade déclare que son propre cerveau en est le lieu d'origine (c'est un travail qui se fait dans ma tête); d'aucuns de ces malades désignent même l'audition de leurs voix comme des pensées parlées ou comme un langage des pensées.

Mais, dans la plupart des cas, les hallucinations auditives sont entendues comme venant du monde extérieur et ont pour la conscience du malade la valeur d'une perception auditive réelle. Parfois les voix se font entendre dans la plus grande proximité, elles sont criées dans l'oreille, circonstance qui rend vraisemblable que le lieu d'origine de ces pseudo-hallucinations est l'organe de la perception. Du moins il y a simultanément, dans ces cas, une hyperesthésie acoustique avec des sensations élémen-

taires subjectives comme expression de processus d'excitation dans l'appareil sensoriel.

Dans d'autres cas plus rares, les malades localisent les voix dans les organes qui sont plus éloignés du cerveau, par exemple dans la poitrine, dans le ventre; évidemment et comme cela a été prouvé, il existe souvent dans ces organes des sensations anormales qui y attirent l'attention et sont la cause de la localisation.

Mais ordinairement les voix sont entendues dans le monde extérieur, comme si elles étaient de véritables perceptions auditives.

Quant aux hallucinations visuelles, elles sont particulièrement vives et apparaissent souvent pendant la nuit, dans les ténèbres; voilà pourquoi on a adopté comme règle de ne jamais laisser dans une obscurité complète les endroits où se trouvent les malades atteints d'hallucinations visuelles. Au début elles ne sont souvent que des ombres vagues, semblables aux silhouettes des ombres chinoises, et ce n'est qu'à l'apogée de la maladie qu'elles arrivent à un degré de plasticité parfaite, quitte à pâlir de nouveau à mesure que la maladie baisse. Elles peuvent être si constantes et si nombreuses que le malade se trouve transporté dans le monde des rêves.

Les traits immobiles comme ceux d'un masque, le regard fixe, constituent alors des symptômes caractéristiques. Ces symptômes se rencontrent très souvent dans les états d'épuisement aiguës (anémie de l'organe central, et dans les formes de la folie alcoolique.

Les hallucinations de l'odorat et du goût ne se trouvent guère isolées. Il est à peine possible de distinguer les premières des sensations olfactives produites par l'hyperesthésie du nerf olfactif; de même les illusions du goût ont souvent pour base une réelle sensation du goût, telle que pourrait en causer un catarrhe gastrique ou un catarrhe de la bouche. Les illusions qui se produisent dans les sens de l'odorat et du goût ont toutes, presque sans exception, un caractère désagréable. Le malade sent une odeur de cadavre, des vapeurs infernales, sulfureuses; la nourriture a un goût de cuivre, d'arsenic, de matière fécale humaine, etc.

Les hallucinations olfactives sont d'une fréquence surprenante dans la folie d'origine masturbatoire, ainsi que dans les maladies sexuelles chez les femmes, surtout à la ménopause.

Dans le domaine des sensations cutanées il est difficile de tracer une ligne de démarcation entre les illusions et les hallucinations.

Le plus souvent il s'agit d'une perception illusoire des sensations réelles; ce sont des paresthésies et des hyperesthésies d'origine spinale ou bien des affections rhumatismales, des eczémas, des variations de pression dans les capillaires de la peau, etc., qui constituent la base organique de certaines illusions de persécution, telles que, par exemple, l'idée qu'on est magnétisé par des individus invisibles, qu'on est saupoudré de poison, piqué, etc.

L'existence d'une anesthésie générale peut parfois se rencontrer quand le malade se croit mort; une anesthésie partielle, quand il croit qu'il a les

bras et les jambes en verre, ou bien qu'il est privé de crâne ou d'autres parties du corps.

Le malade atteint d'hémianesthésie a l'illusion qu'une autre personne, un cadavre, est couché à côté de lui dans son lit. Ainsi, un malade de Maudsley (paralytique avec hémianesthésie, ayant en même temps des convulsions dans la partie du corps anesthésiée) croyait qu'une autre personne était couchée avec lui et le frappait continuellement.

L'illusion qu'on vole en l'air, qu'on est transporté (sabbat des sorcières), que la pesanteur est modifiée, pourrait peut-être se rattacher à des anomalies des sensations musculaires. Alors le volume, la grandeur de tout le corps ou de certains membres paraissent souvent changés.

Dans le domaine de la perception générale les illusions et les hallucinations jouent aussi un rôle important, notamment chez les hypocondriaques. Ici il est difficile de séparer les hallucinations des illusions. Il s'agit d'hallucinations quand l'imagination morbide agit comme stimulus et produit réellement dans le centre la sensation imaginaire; il s'agit d'une illusion quand une perception générale morbidement accentuée ou fausse arrive à la conscience et est faussement interprétée par elle.

Ce résultat peut se produire aussi bien parce que l'organe de la conscience hyperesthésiée perçoit des phénomènes végétatifs qui normalement n'arrivent pas à la conscience, que par ce fait qu'une sensation d'organe, accentuée pathologiquement, dépasse le seuil de la conscience. Ordinairement alors on se trouve en présence d'illusions. L'autopsie, ainsi qu'un examen clinique minutieux, font reconnaître assez souvent des changements de position et de texture des organes végétatifs comme substrata des sensations hypocondriaques; ce sont surtout les catarrhes des voies digestives, les flexions et les positions anormales des intestins, la constipation, les hémorroïdes, l'inflammation chronique du diaphragme (une malade d'Esquirol qui croyait avoir tout un concile dans le ventre et chez laquelle l'autopsie a fait découvrir une péritonite chronique), les coliques (un nommé Pierre Jurieu prenait ses coliques pour des combats que sept cavaliers se livraient dans son ventre), qui fournissent les substrata des sensations hypocondriaques; les infarctus, les catarrhes, les néoplasmes, les changements de position de l'utérus, la spermatorrhée n'en produisent pas moins les mêmes effets.

Ainsi, au moyen âge, des sensations sexuelles morbides ont donné naissance à l'illusion des incubes et des succubes. Ainsi se produit chez les onanistes, sur la base de sensations anormales dans l'urèthre, l'illusion que des êtres invisibles leur soutirent leur semence.

La fréquence de ces interprétations illusoires exige dans ces cas un examen minutieux des divers organes.

2° Quant aux délires des sens dans les différentes formes de la folie, il faut distinguer les états aigus et les états chroniques.

Dans les premiers les délires sont plus fréquents que dans les seconds; en outre, les hallucinations sexuelles prévalent sur celles de l'ouïe.

Dans les états mélancoliques les délires auditifs et les délires des sens

sont plus fréquents que ceux de la vue. Ils sont très fréquents dans la mélancolie active et attonita.

Dans les manies aiguës, de même que dans la folie, les hallucinations sont des symptômes communs ; elles sont rares dans les manies chroniques, sauf dans la manie puerpérale.

Une chose très remarquable, c'est la rareté des délires des sens dans la forme périodique de la manie ainsi que dans la folie circulaire.

Dans la paranoïa les délires des sens sont très fréquents, d'abord les illusions auditives, ensuite les illusions de perception générale; les illusions du goût et de l'odorat sont plus rares. Les hallucinations visuelles ne se rencontrent qu'épisodiquement, le plus souvent quand l'infirmité a une base alcoolique.

Dans les cas de paranoïa religieuse expansive les hallucinations visuelles et auditives sont choses ordinaires. Elles amènent parfois l'état du malade jusqu'à l'extase qui cependant est passagère.

Dans les états d'imbécillité, les hallucinations manquent. Des illusions peuvent cependant se produire sur la base d'une perception incomplète et par suite de la perte de toute faculté de critique.

Dans la démence paralytique aussi les illusions sont rares. On les observe encore souvent dans les états d'émotion intercurrente ou quand cette émotion a un caractère dépressif.

CHAPITRE VIII

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

Ce sont des éléments importants dans l'aliénation mentale, car ils deviennent le substratum des idées délirantes, des illusions des sens et des émotions et peuvent même parfois amener des paroxysmes dans la folie.

L'examen de la sensibilité chez les aliénés est en général très difficile, en partie à cause de leur attention troublée, des modifications de leur conscience, modifications qui font varier sans cesse la limite de l'irritabilité; en partie à cause des variations de la tension sanguine de la peau, l'anémie émoussant la sensibilité tactile, l'hyperhémie l'affinant.

On peut distinguer fonctionnellement :

1° Des états où l'excitabilité et l'excitation sont diminuées et même supprimées (anesthésies);

2° Des états où l'excitabilité et l'excitation sont augmentées (hypéresthésies et névralgies).

I. — Anesthésies [1].

Elles peuvent avoir une cause psychique, la suppression de la perception dans l'organe psychique, ou une cause organique, la destruction des voies conductrices de l'appareil sensoriel périphérique.

Ordinairement il s'agit de troubles de la perception tandis que les voies conductrices restent intactes.

1° *Anesthésies des organes des sens.* — Nous avons déjà parlé de l'anesthésie psychique due à l'absence de la sensation qui doit accompagner toute impression sensitive. Les sensations de plaisir et de déplaisir peuvent être perverties chez les hystériques (idiosyncrasies). Il faut encore faire mention de la suppression de la sensation elle-même. Ordinairement c'est un trouble de la perception, causé par la suppression du processus psychique du phénomène de la sensation (absence de conscience, manque d'attention), comme dans la stupeur, la manie, l'imbécillité, les

[1] Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 10, fasc. 2. — Tigges, *Ibid.*, 36, fasc. 2 et 3. — Smoler, *Prager Vierteljahrsschr.*, 1865, 87 Bd , p. 76.

états de rêve pathologiques, etc. Il est plus rare que ce trouble ait une cause organique, due notamment à la destruction des centres corticaux et des voies conductrices ou à la dégénérescence des appareils sensoriels (amblyopie, amaurose comme expression de processus rétiniens dont la connexité pathologique avec l'aliénation mentale doit être recherchée dans les affections vaso-motrices et sympathiques; anosmie par dégénérescence des ganglions olfactifs, comme on l'a plusieurs fois constaté chez les paralytiques).

2° *Anesthésies de la sensibilité cutanée et musculaire.* — Les premières peuvent concerner les sensations de la douleur, du toucher, de la température. Dans la plupart des cas elles ont une cause psychique; souvent elles sont un phénomène partiel d'une névrose hystérique, plus rarement elles sont provoquées par une maladie dégénératrice de la moelle épinière (démence paralytique) ou par des affections localisées de l'écorce cérébrale.

La suppression de la sensibilité à la douleur a une grande importance dans l'aliénation mentale. Généralement l'analgésie est amenée psychiquement parce que l'organe psychique cesse d'être excitable. On trouve des analogies dans la vie physiologique : le soldat qui au milieu du combat ne s'aperçoit pas de la blessure qu'il vient de recevoir, le martyr qui dans l'extase divine ne sent ni les blessures ni les tortures.

L'importance clinique de l'analgésie dans la folie est très grande, car c'est grâce à elle que les malades peuvent se faire des mutilations graves et préméditées, commettre des suicides horribles ou provoquer des accidents involontaires (ils se brûlent eux-mêmes).

Ainsi il y a des aliénés qui se sont crucifiés, qui se sont émasculés eux-mêmes, se sont fait déchirer en morceaux par des chevaux attelés.

L'insensibilité au froid a, dans la plupart des cas, une cause psychique et se rencontre chez les maniaques et les imbéciles, c'est ce qui fait que ces malades se promènent sans vêtements. Dans la plupart des cas cependant on rencontre, notamment chez les anémiques, un besoin de chaleur plus prononcé.

C'est le changement de la sensibilité musculaire, dans la plupart des cas la diminution de cette sensibilité, qui est cause que certaines malades ont la sensation d'un changement dans leur pesanteur, qu'ils sont d'une légèreté anormale, que leur corps ou leurs membres ont un volume anormal.

Si la sensibilité cutanée et musculaire est supprimée simultanément, les malades ont la sensation que la partie atteinte de leur corps leur manque; si l'anesthésie est générale, la conscience de la personnalité peut être complètement éteinte, le malade peut s'imaginer qu'il est mort.

3° *Anesthésies de la perception générale.* — On les a encore peu étudiées et il faut pour la plupart les ramener à un élément psychique, à un trouble de la conscience. Il faut ranger dans cette catégorie l'absence du sentiment de la faim, de la soif, de la lassitude physique (manie), l'absence du sentiment qu'on est malade même dans les maladies intercurrentes graves (typhus ambulatoire, pneumonie, etc.).

Ces anesthésies sont probablement aussi la cause de certaines idées délirantes nihilisto-hypocondriaques, comme l'idée de la consomption ou de l'absence d'organes intérieurs (démence paralytique, sénile, etc.).

On n'a pas encore assez examiné ni suffisamment étudié les plaintes si fréquentes des aliénés, notamment des mélancoliques qui se plaignent d'états de vacuité, de creux, de pression, de pression de la tête par un cercle de fer, du desséchement de leur cerveau, d'avoir de l'air, de l'eau dans le cerveau, etc. Il y aurait encore à ce sujet des études minutieuses à faire.

Certaines de ces sensations exprimées en partie directement, en partie sous forme allégorique, peuvent se ramener à des anomalies de la sensibilité de l'enveloppe cranienne externe (sentiment de l'arrêt des pensées dans les paralysies des nerfs occipitaux) ou peut-être des nerfs récurrents trijumeaux; d'autres sont des perceptions générales troublées qui ont leur cause dans le processus anatomique qui est la base de la psychose.

II. — Hyperesthésies.

Elles sont plus fréquentes et plus importantes chez les aliénés que les anesthésies. Elles peuvent avoir pour cause : des changements dans l'excitabilité des organes de réception périphériques, des voies conductrices ou des appareils terminaux centraux. Elles sont caractérisées par la baisse anormale de la limite inférieure de l'excitabilité pour les excitations adéquates. La durée de la tension psychique joue ici un rôle important, absolument comme l'émotion de l'attente.

1° *Hyperesthésies des organes des sens supérieurs.* — Il faut distinguer ici l'annotation du sentiment et l'intensité de la sensation. La première se manifeste par une accentuation des sentiments de plaisir ou de déplaisir et se rencontre dans les états d'exaltation psychique (manie, états d'agitation hystérique).

La sensation anormalement intense est habituellement accompagnée du premier de ces phénomènes, souvent aussi de phénomènes d'irritation causés par des excitations inadéquates qui atteignent l'organe sensoriel périphérique ou son trajet (hyperesthésies du nerf optique avec photopsie et chromopsie, hyperacousie avec bruits subjectifs).

Le plus souvent l'hyperesthésie a pour cause une augmentation de l'excitabilité des organes des sens périphériques ou de leurs voies conductrices, rarement de l'excitabilité de l'organe de perception. On la rencontre comme phénomène partiel d'une augmentation générale de l'excitabilité cérébrale dans la manie, le délire aigu, l'hypocondrie, l'hystérie.

2° *Hyperesthésies dans le domaine des sensations cutanées.* — Elles se rencontrent dans différentes formes de l'aliénation mentale. Leur cause est plus rarement psychique qu'organique (excitabilité augmentée des organes terminaux périphériques et des voies conductrices).

On rencontre souvent des hyperesthésies circonscrites chez les mé-

lancoliques, ce qui les pousse à se frotter la peau au point de la faire saigner.

Les états hyperesthésiques d'origine spinale constituent souvent des phénomènes irradiés d'états d'excitation dans les organes sexuels chez les femmes et les hommes à la suite d'excès de masturbation.

Ces états forment, à côté des sensations paralgiques, la base d'idées délirantes ; on est poursuivi par des gens invisibles faisant agir l'électricité et le magnétisme, on est piqué par des aiguilles, on reçoit des souffles, des vapeurs empoisonnées, etc.

On pourrait peut-être rapporter à l'hyperesthésie des nervi vasorum le sentiment si désagréable de la pulsation des vaisseaux qu'éprouvent souvent les mélancoliques, les hypocondriaques et les hystériques; on peut attribuer à une hyperesthésie des nerfs sensibles du plexus cardiaque certains battements de cœur nerveux.

L'hyperesthésie des nerfs musculaires est probablement la cause de cette inquiétude musculaire pénible (anxietas tibiarum) dont les hystériques, les hypocondriaques et les mélancoliques sont souvent atteints.

3° *Hyperesthésies dans le domaine des sensations de perception générale.* — C'est un trouble essentiellement élémentaire et qu'on rencontre dans l'hypocondrie.

L'hypocondrie peut avoir une origine centrale, quand les sensations des nerfs végétatifs qui ordinairement se reflètent dans la conscience tout au plus comme un vague état d'esprit, deviennent nettement conscientes; ou bien elle peut avoir une origine périphérique quand des affections locales des organes végétatifs provoquent une excitation morbide de leurs nerfs, excitation qui se transmet alors à la conscience.

Le premier mode d'origine (mode psychique) des états hypocondriaques est facilité par la tension psychique et par l'attention de l'individu dirigée vers ce qui se passe dans son corps; le second mode d'origine a pour causes : les catarrhes gastro-intestinaux, les maladies sexuelles, surtout après l'onanisme, les blennorrhagies, etc., en général, les états qui produisent plutôt le sentiment d'une maladie localisée que des douleurs réelles.

Dans ces cas l'hyperesthésie est originairement périphérique, mais peu de temps après, il se produit une hyperesthésie psychique par suite de l'irradiation des excitations (hyperesthésie secondaire), et par là on entre dans un cercle vicieux.

Alors une simple idée suffit, étant donné ce degré d'hyperesthésie, pour provoquer immédiatement la sensation par irradiation dans le trajet des nerfs correspondants (cas d'origine psychique de l'hydrophobie; le malade mordu ou simplement touché par un chien qu'il croit enragé, s'imagine être infecté et, après un court délai, il est atteint des symptômes de l'hydrophobie, véritable hypocondrie hydrophobique); de même que, d'autre part, l'excitation périphérique des nerfs de perception générale à la suite des maladies locales des organes, produit immédiatement et continuellement des représentations adéquates dans la conscience.

Romberg dit donc avec raison : « les sensations de ces malades sont imaginaires, mais elles viennent de l'esprit par la matière ».

Pour la conscience il est problablement indifférent que la sensation soit objective ou subjective, que l'excitation vienne de l'extrémité périphérique ou centrale de l'appareil sensoriel.

3° *Etats d'excitation anormale dans le trajet des nerfs sensitifs (névralgies).* — Souvent le délire est accompagné de névralgies. Elles peuvent être étendues ou limitées à certains trajets isolés. Très fréquentes et particulièrement importantes sont les névralgies intercostales, lombaires, occipitales et celles du trijumeau. Elles sont l'expression de troubles de la nutrition dans le système nerveux (anémie, etc.), troubles communs aux névralgies et aux états délirants, et elles ont plutôt une signification symptomatique dans l'ensemble du tableau morbide; ou bien elles sont en connexité fonctionnelle intime avec la psychose, et doivent être envisagées comme des symptômes en rapport avec cette dernière, probablement comme des phénomènes de projection excentrique.

La valeur fonctionnelle de la névralgie peut présenter quatre degrés différents :

1° La névralgie est presque insignifiante pour la vie psychique et exerce tout au plus une influence sur l'état d'esprit et sur l'état général, comme chez l'homme normal.

La névralgie s'installe à côté de la psychose sans avoir aucune connexité avec elle.

2° Elle forme le substratum organique d'une idée délirante quelconque formée par allégorie, comme cela peut aussi se produire dans d'autres anomalies de la sensibilité.

3° Elle est en connexité avec d'autres troubles élémentaires psychiques et les produit par l'irradiation de l'excitation névralgique sur les centres correspondants. Selon que ces centres sont sensoriels, représentatifs ou affectifs, il peut se produire, similairement à l'irradiation dans le cas de névralgie simple, des hallucinations, des représentations accessoires qui alors ont le caractère d'idées obsédantes, ou bien il peut aussi en résulter des processus émotifs.

Le rôle fonctionnel de la névralgie peut, suivant les circonstances, la faire prendre pour une myodynie, etc.

Souvent il se forme ici un cercle vicieux bien curieux en ce sens que la névralgie ne se borne pas à produire toujours d'une manière réitérée le trouble psychique élémentaire, mais aussi la manifestation primitive de ce dernier met en mouvement le trajet nerveux en rapport avec la névralgie. Schüle, dans un travail qui malheureusement n'a pas été assez apprécié (*Dysphrenia neuralgica*, 1867), a clairement fait ressortir ce fait clinique d'une haute importance.

Cette connexité se manifeste d'une manière toute particulière dans une forme de maladie que Falret a appelée hypocondrie morale avec conscience de son état. Quand s'exacerbe le complexus du système nerveux (status nervosus), l'humeur psychique s'accentue régulièrement aussi

(irritation, douleur). L'époque des menstrues (augmentation temporaire de l'excitabilité de l'organe central) retentit aussi sur l'état d'esprit et amène par là une exacerbation de la psychose.

La recrudescence de la névralgie conduit à un véritable accès psychique, psychose réflexe, dysthymie ou dysphrénie névralgique, dans le sens le plus restreint (Schüle, Griesinger). Cette irritabilité extraordinaire de l'organe central indique l'existence d'anomalies profondes de ce dernier organe. En effet, cette dysphrénie névralgique ne se rencontre que chez les individus qui souffrent d'une névrose héréditaire (tare) ou hystérique, hypocondriaque ou épileptique. Dans ces cas on pourrait considérer la névralgie tantôt comme un aura, tantôt comme l'équivalent d'une crise de la névrose (pour les attaques névralgiques des épileptiques, cette manière de voir ne saurait guère être contestée) et l'on pourrait mettre tout le processus en analogie avec le délire épileptique qui suit un accès convulsif.

L'accès isolé d'une dysphrénie névralgique peut se manifester cliniquement sous forme de délire aigu hallucinatoire, émotion pathologique de folie furieuse ou de raptus mélancolique. Ici aussi le facteur névralgique peut servir à l'allégorie, en formant le noyau des idées délirantes qui reviennent typiques à chaque accès suivant ; un cercle vicieux peut encore se produire en tant que l'accès psychique provoqué d'une manière ou d'une autre met immédiatement en excitation concomitante le trajet névralgique.

CHAPITRE IX

TROUBLES DES FONCTIONS MOTRICES

En première ligne et à la suite des troubles de la sphère psycho-motrice, nous devons rappeler ici le fait que les phénomènes psychiques communiquent une excitation continuelle (font vibrer pour ainsi dire) le système musculaire volontaire tout entier, et de cette excitation dépend non seulement l'expression physionomique, mais aussi l'attitude, l'intonation, le timbre de la voix, etc. Cette innervation psycho-motrice est changée par les processus psychiques morbides et ces derniers se reflètent dans l'aspect extérieur du malade. D'autre part, elle est perçue et utilisée par la conscience malade comme un changement dans la tonicité musculaire[1]. On peut prétendre qu'à chaque état psychopathique, comme dans les affections de la vie physiologique, correspond un facies spécial, une expression physionomique particulière[2], et un état d'ensemble des mouvements, signes qui permettent à l'observateur expérimenté d'établir un diagnostic approximatif dans une rencontre passagère.

La description détaillée de ces types physionomiques, tels qu'ils se manifestent dans les changements du regard, de l'expression, des gestes et de l'attitude générale du corps, se dérobe à toute considération théorique ; les photographies même ne peuvent remplacer que bien incomplètement l'observation directe.

On n'en peut pas non plus entreprendre ici l'analyse; ce n'est que pour donner des exemples que nous citons : la mine chagrine et ridée de l'hypocondriaque, la physionomie mobile et incertaine du maniaque dans toutes ses émotions, l'expression fatiguée du fou, les yeux éplorés de l'hystérique et de l'érotique, la démarche courbée et fuyante du mélancolique, le pas assuré et hautain de l'individu atteint du délire des grandeurs, la démarche lourde et maladroite ainsi que le sourire hébété de l'idiot. Dans les états de faiblesse mentale (démence paralytique, sclérose cérébrale

[1] Solbrig, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 28, p. 369.

[2] Krauss, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 10. — Damerow, *Ibid.*, 17. — Piderit, *Ibid.*, 18. — Laurent, *Annal. méd. psychol.*, 1863, mars, mai. — Dagonet, *Traité des malad. ment.*, p. 70. — Oppenheim, *Zeitschr. f. Psych.*, 40, p. 840.

multiple), j'ai observé parfois de la paramimie, le malade émettant une idée gaie avec une mine pleurnichante et vice versa.

Un autre groupe important de trouble moteurs est formé par les anomalies des fonctions des centres moteurs (y compris celles de l'écorce cérébrale qu'on n'a appris à connaître que tout récemment), par les anomalies des fonctions des voies conductrices et enfin par les phénomènes d'excitabilité réflexe anormale.

L'observation de ce groupe est d'une grande valeur pour le diagnostic et le pronostic.

Ces troubles peuvent :

1° Préexister, comme phénomènes consécutifs à des maladies nerveuses antérieures (tremor, crampe faciale, etc.) ou à des anomalies congénitales (innervation faciale inégale, etc., comme signe de dégénérescence fonctionnelle) ;

2° Surgir avec la maladie psychique :

α). Comme symptômes de complication causés par des souffrances générales (anémie), des névroses (chorée, hystérie, épilepsie) ou par des maladies locales qui n'ont aucun rapport avec la psychose (tumeur cérébrale, apoplexie, etc.).

β). Comme troubles en rapport avec les symptômes psychiques et provoqués par le même processus anatomique que les symptômes psychiques eux-mêmes (démence paralytique, délire aigu, etc.).

Ils peuvent encore être occasionnés par des changements dans les centres réflexes anatomiques et psycho-moteurs, par des troubles dans les voies de conduction motrice, par des troubles des fonctions sensitives et des réflexes anormaux produits par ces troubles. Tous les troubles fonctionnels possibles peuvent être observés :

1° Paralysies comme suite de processus localisés ou diffus de la moelle épinière et du cerveau (démence paralytique, sénile, alcoolisme chronique, délire aigu) ; phénomène d'une importance particulière, les paralysies dans le domaine du nerf hypoglosse facial et oculomoteur ; puis les troubles de déglutition, comme symptômes bulbaires dans le stade final de la démence paralytique et du délire aigu ;

2° Crampes par anémie capillaire des régions cérébrales motrices (crampe vasculaire, œdème, etc.), ou par l'augmentation de l'excitabilité réflexe. A cette catégorie appartiennent certains troubles de la déglutition dans le délire aigu et chez les hystériques. Une variété de crampe qui se rencontre assez souvent dans la folie, c'est le grincement de dents (portio minor trigemini) qu'on observe dans la démence paralytique, dans l'idiotie hydrocéphalique, dans le délire aigu ;

3° Contractures chez les idiots, conséquence des défectuosités primitives et des maladies cérébrales, ou bien se produisant dans les maladies localisées (par exemple, apoplexie, sclérose), parfois aussi par suite d'une attitude accroupie trop longtemps prolongée ou par l'abus de la camisole de force ;

4° Tremor par anémie, par intoxication alcoolique, par affections céré-

brales organiques (scléroses, démence paralytique), parfois aussi comme expression d'une agitation psychique (peur);

5° Troubles de coordination (démence paralytique, délire aigu), par changements organiques dans le mécanisme de la coordination, par perte des conceptions de mouvement, par absence du sentiment musculaire [1].

[1] Les nombreuses expériences faites sur les aliénés pour étudier les conditions de leur excitabilité électrique n'ont jusqu'ici donné aucun résultat certain et semblent n'avoir au point de vue du diagnostic aucune importance.

CHAPITRE X

TROUBLES DANS LE DOMAINE DES NERFS VASO-MOTEURS

L'importance de cette sphère ressort déjà du fait qu'elle est toujours mise à contribution dans les mouvements psychiques de nature émotive.

Cette circonstance que les émotions, notamment la peur, mais seulement quand il y a une prédisposition spéciale, peuvent immédiatement produire une psychose, donne une valeur pathogénique importante aux anomalies vaso-motrices qui sont le trait d'union entre la cause et l'effet.

L'observation clinique plaide aussi en faveur de l'hypothèse que beaucoup de psychoses sont causées par des angionévroses cérébrales.

Dans certaines affections mélancoliques avec pouls petit et irrégulier, avec froideur de la peau qui est sèche, rude, pulvérulente, ridée, c'est-à-dire sans turgor, avec extrémités livides ou même cyanotiques, il s'agit évidemment de phénomènes neuro-spasmodiques des artères et de troubles de nutrition de l'écorce cérébrale qui en sont la conséquence (anémie) ; dans certains cas (mélancolie avec stupeur) il s'agit de stases veineuses secondaires causées par spasme vasculaire et allant jusqu'à l'œdème.

Par contre, chez beaucoup de maniaques (manie grave des potators, agitation furieuse des paralytiques), il y a des phénomènes morbides qui indiquent des états de paralysie vasculaire et la présence de l'hyperhémie fluxionnaire du cerveau qui en résulte.

Dans la démence paralytique les anomalies d'innervation vaso-motrice ont assurément une grande importance pour la pathogénie et pour l'évolution clinique. Il s'agit alors d'une paralysie vasculaire progressive qu'on peut montrer au moyen du sphygmographe et qui peut déjà se manifester dans les phases antérieures sous forme de pulsation monocrote tardive comme degré extrême de la paralysie vasculaire. Ces paralysies vasculaires, souvent unilatérales, se rencontrent aux divers stades de la paralysie du sympathique, et constituent des éléments étiologiques importants pour les accès apoplectiformes qui proviennent des oscillations de la pression sanguine chez ces malades, ainsi que pour leurs accès d'agitation furieuse qui souvent se manifestent sous forme de tempête vasculaire.

Le nitrite d'amyle produit dans ces cas une paralysie des vaisseaux,

tandis que, par exemple, chez le mélancolique qui a des symptômes de spasme vasculaire, il ne produit presque aucune réaction.

Un autre trouble élémentaire très important dans l'aliénation mentale semble appartenir au groupe des anomalies vaso-motrices, car ces dernières semblent en provoquer le complexus symptomatique et en constituer les éléments intégrants. Nous voulons parler de l'angoisse précordiale [1], état d'attente anxieuse qui s'accompagne de sensations pénibles, d'oppression, de constriction au creux épigastrique.

Il faut d'abord examiner la connexité des deux phénomènes. On pourrait admettre que ces sensations paralgiques à l'épigastre sont l'expression d'une excitation primitive des nerfs sensitifs, excitation qui, transmise à la conscience, y produit de l'angoisse ; ou bien on pourrait aussi supposer que ce sont des états d'excitation centrale des nerfs sensitifs, coordonnés et simultanés aux processus psychiques, et dont l'excitation, suivant la loi de la projection excentrique, se fait sentir à l'extrémité périphérique de la voie conductrice.

On peut admettre avec une certaine certitude que les cordons nerveux affectés appartiennent au plexus cardiaque. Déjà le fait que la sensation précordiale est vague et pas nettement localisée, indique qu'il y a une névrose des cordons nerveux viscéraux. Notons encore la localisation constante dans la région de cœur des sensations qui accompagnent l'angoisse ; l'observation que l'angoisse précordiale va toujours de pair avec des symptômes d'un trouble dans l'innervation cardiaque (battements de cœur, irrégularité des contractions du cœur, anomalies du pouls, douleurs fulgurantes) ; qu'il y a angoisse précordiale dans le cas d'empoisonnement par certains poisons qui affectent de préférence le cœur (nicotine) ; enfin qu'elle existe comme symptôme principal dans une névrose du cœur incontestable, l'angine de poitrine.

L'observation a montré que l'angoisse précordiale peut éclater après des excitations psychiques (représentations et perceptions effrayantes, émotions), par conséquent par voie centrale, mais aussi après des névralgies, donc par un processus périphérique.

Il est facile de comprendre le premier mode d'origine, car les nerfs cardiaques sont puissamment influencés par certains processus psychiques (battements de cœur dans les émotions), et puis, dans les conditions physiologiques, certaines émotions s'accompagnent, suivant leur nature, d'un sentiment d'oppression précordiale ou au contraire de légèreté.

L'origine périphérique ne peut s'expliquer que par l'irradiation d'une excitation sensitive aux nerfs cardiaques.

En effet l'angoisse précordiale existe seulement dans les états d'excitation des nerfs viscéraux sensitifs et non dans les affections névralgiques

[1] Flemming, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 5 p. 341. — Arndt, *Ibid.*, 30, p. 88. — Nötel, *Ibid.*, 31, p. 603. — Flemming, *Psychosen*, p. 379. — Von Krafft, *Die Melancholie*, p. 22. — Danitsch, *Die Præcord. Angst der Geisteskranken*. Dissert. Würzburg, 1874. — Westphal, *Arch. f. Psych.*, III, p. 138. — Schüle, *Handb.*, p. 100.

des cordons des nerfs spinaux[1]. Cette exclusion ainsi que l'affection concomitante et régulière du plexus cardiaque dans le cas d'angoisse précordiale ont, comme on sait, décidé Romberg à en faire un moyen de diagnostic différentiel entre les affections névralgiques des nerfs spinaux et des nerfs centraux.

L'angoisse précordiale semble se produire quand, par suite d'une excitation psychique ou par la transmission d'un état d'excitation dans les cordons des nerfs viscéraux, les nerfs vaso-moteurs du myocarde sont mis dans un état d'excitatiou violente et provoquent un spasme des vaisseaux.

Le trouble de la fonction des ganglions du myocarde, qui en résulte, est communiqué par les fibres sensitives du cœur à l'organe de la conscience et produit dans ce dernier le sentiment de l'angoisse qui alors est excentriquement reporté au lieu d'origine. La douleur aiguë qui se manifeste souvent dans l'angoisse précordiale pourrait être attribuée à l'excitation des fibres sensitives du nerf vague et du sympathique du plexus cardiaque, tandis que les battements de cœur qui l'accompagnent s'expliquent facilement par la diminution de l'afflux de sang artériel au myocarde et par le trouble de l'innervation qui en résulte.

Le sentiment de constriction en boule à la gorge qui accompagne souvent l'angoisse précordiale, ainsi que cette incertitude particulière de la voix allant quelquefois même jusqu'à l'aphonie, la respiration le plus souvent troublée, superficielle et fréquente, peuvent être envisagés comme des phénomènes d'irradiation dans le trajet du nerf vague (région glosso-pharyngée, nerf laryngé supérieur) ; la sécrétion de la sueur et de l'urine, qui cesse pendant l'accès et devient abondante après, pourrait s'expliquer par le trouble vaso-spasmodique de la circulation.

Ce fait surprenant que l'angoisse précordiale ne se manifeste que rarement dans les représentations pénibles de l'homme normal, s'explique facilement quand on pense que, de même que dans la plupart des névroses, il faut un élément prédisposant, une augmentation de l'excitation pour créer l'anomalie de la fonction.

Cette excitation existe toujours quand des excitations psychiques provoquent une angoisse précordiale d'une certaine durée. (Ainsi dans l'hystérie, l'épilepsie, la mélancolie, l'hypocondrie, l'alcoolisme chronique, l'hydrophobie.)

D'ailleurs l'angoisse précordiale n'apparaît ici que comme l'accentuation pathologique d'un processus des cordons nerveux qui sont ordinairement liés à la vie psychique, processus qui se produit comme dans les conditions physiologiques, accompagnant les phénomènes psychiques de l'émotion.

Les névralgies intercostales intenses par le fait qu'elles entravent les mouvements du thorax, de même les affections organiques du cœur, les emphysèmes pulmonaires et les autres obstacles mécaniques à la dilatation des poumons, causent de l'oppression respiratoire, mais pas de l'angoisse précordiale. Dans le cas d'existence simultanée d'une névralgie intercostale, l'angoisse précordiale peut être ressentie et localisée au siège de la névralgie qui devient l'objet de l'attention.

L'importance psychique de l'angoisse précordiale est très grande. Par l'annotation organique intense de l'émotion qui la provoque, elle amène cette dernière à l'état aigu au point de la rendre insupportable; dans le domaine de la représentation l'angoisse précordiale a pour ainsi dire un effet paralysant, entravant, allant parfois jusqu'à la suppression de la perception et de la conscience; ou bien elle provoque des délires et des hallucinations terribles.

Au point de vue moteur, elle pousse impérieusement à faire cesser l'état de tension psychique qu'elle a provoqué; suivant la brusquerie et l'intensité de son apparition, suivant la profondeur du trouble de la conscience, l'angoisse précordiale se manifeste par des déplacements et des actes instinctifs dénués de tout but, ou par des actes impulsifs presque inconscients qui ne sont motivés que par un besoin vague de changer à tout prix la situation psychique, ou enfin par des emportements furieux et une rage aveugle, par de véritables convulsions psychiques comparables à ces fortes décharges motrices inconscientes que représente l'accès épileptique.

Dans ces cas il arrive souvent que le malade commette sur lui-même d'horribles mutilations, qu'il y ait suicide, assassinat, destruction rageuse de tout ce qui tombe entre les mains, et tous ces faits s'expliquent par une frayeur terrible, par un trouble grave de la conscience et par l'analgésie. Ce qui est très remarquable encore, c'est l'effet de détente que ces actes de fureur produisent sur l'accès lui-même.

L'angoisse précordiale se rencontre comme phénomène intercurrent dans les névroses et les psychoses que nous avons mentionnées plus haut, ou comme un accès isolé durant plusieurs minutes et même plusieurs heures (raptus mélancolique).

CHAPITRE XI

TROUBLES DANS LE DOMAINE DES FONCTIONS TROPHIQUES[1]

Le domaine des fonctions trophiques n'a été que très peu étudié par la physiologie.

La connexité des troubles trophiques avec les maladies des organes nerveux centraux ne doit pas être déclarée impossible.

Au contraire, en faveur de cette connexité plaident une série de défectuosités corporelles congénitales chez les individus qui ont une organisation et un développement cérébral anormaux, le plus souvent par suite d'hérédité, et qui en outre se manifestent par une série d'anomalies fonctionnelles.

Ces symptômes anatomiques[2] de dégénérescence sont : certaines anomalies dans la conformation cranienne, disproportion entre le crâne facial et le crâne cérébral, développement inégal des deux côtés de la face, situation, grandeur ou petitesse anormales des oreilles, transition immédiate du lobule de l'oreille à la joue sous forme d'un pli semblable à un pilier, développement rudimentaire des oreilles, différenciation incomplète des dents, absence de la seconde dentition, grandeur ou petitesse anormale de la bouche, bec-de-lièvre, gueule de loup, hypertrophie de la lèvre inférieure, os incisif saillant, palais trop étroit, trop bombé, trop large, trop plat, ou aplati unilatéralement, staphyloraphie du voile, obliquité du nez, de la fente oculaire, rétinite pigmentaire, cécité congénitale, coloboma de l'iris, albinisme, taille de nain, hypertrophie du tissu adipeux sous-cutané, pied bot, main bote, mains inégales, petitesse anormale du pénis, phimosis avec prépuce non hypertrophié, épi et hypospadias, anorchidie, micro-monorchidie, hermaphroditisme, utérus bicorne, absence d'utérus, absence de vagin, absence des mamelles, système pileux anormalement développé, barbe chez les femmes, sourcils réunis, etc. La connexité entre le trouble du développement cérébral et ces signes de dégénérescence anatomique se manifeste le plus nettement dans le crétinisme.

[1] Claude Bernard, *Leçons sur la chaleur animale.* — Eulenburg, *Lehrb. der Nervenkrankheit.* IIe éd. — Charcot, *Leçons clin.* — Binswanger, *Zur Kenntniss der troph. Vorgänge bei Geisteskranken*, Diss. Gœttingen, 1878.

[2] Legrand du Saulle, *Annal. méd. psych.*, 1876, mai.

En ce qui concerne spécialement les anomalies craniennes, il faut bien retenir que le cerveau et le crâne ont chacun un développement indépendant, mais qu'ils sont pourtant en rapports réciproques.

Ainsi la microcéphalie cranienne peut être causée par une synostose prématurée des sutures craniennes, mais aussi par un arrêt de développement du cerveau.

Les synostoses craniennes prématurées ne produisent ordinairement que des arrêts partiels de développement.

Le fait le plus marquant ici, c'est la synostose tribasilaire prématurée, origine du crétinisme. Il faut distinguer de ces anomalies souvent héréditaires et pour la plupart existant déjà virtuellement dans le germe générateur, les anomalies acquises et ayant pour base le rachitisme.

Charcot a démontré que les affections cérébrales acquises peuvent aussi amener des troubles secondaires trophiques.

Ce fait est prouvé par le décubitus acutus perniciosus qu'on observe sur la fesse, du côté hémiplégié, à la suite de certaines maladies cérébrales en foyer (apoplexie), et qui se produit indépendamment de l'anesthésie éventuelle, de la paralysie vaso-motrice et du manque de propreté; puis par l'inflammation de la synoviale des articulations du côté paralysé dans les foyers encéphalo-malaciques et apoplectiques.

Ces influences trophiques sont démontrées aussi par les variations considérables dans le poids du corps qu'on observe chez les aliénés, indépendamment de leur genre d'alimentation et de vie, ainsi, par exemple, l'augmentation surprenante de la graisse quand il y a transition d'un état primaire à un état secondaire; ensuite par les troubles progressifs profonds dans la formation du sang qui apparaissent sans motif, qui accompagnent souvent la dégénérescence graisseuse des organes qui forment le sang, et qui conduisent à un dénouement fatal : les anémies dites pernicieuses [1]. Il faut encore rappeler la fragilité anormale [2] des os chez certains malades, fragilité qui va souvent de pair avec une plus grande déperdition de la chaux, de l'acide phosphorique et de l'acide carbonique. Les os, notamment les côtes, présentent alors une déperdition des sels calcaires, une mollesse ostéo-malacique. Rindfleisch (*Handbuch der patholog. Gewebelehre*, p. 528) admet comme cause possible de la résorption des sels calcaires une hyperhémie par engorgement des vaisseaux médulaires osseux, cette hyperhémie pouvant de son côté être occasionnée par une innervation anormale des vaso-moteurs.

Il faut noter encore chez les mélancoliques et les idiots certains troubles de la nutrition, des formations épidermiques (zoster, épiderme gercé, rugueux, ongles cassants) qui peuvent se rencontrer aussi chez les hysté-

[1] Shüle, *All. Zeitschr. f. Psych.*, 32.

[2] Gudden, *Arch. f. Psych.*, II, 683. — Laudahn, *Ibid.*, III, 371. — Meyer, *Virchow's Arch.*, 72, 3. — More, *The Lancet*, 1870, 13 sept. — Williams, *Ibid.*, 10 sept. — Davey, *Ibid.*, p. 201. — Lindsay, *Edinburg med, Journ.*, 1870, nov. — Rogers, *Journal of mental science*, 1874, avril. — Ormerod, *Ibid.*, 1871, 4 janvier. — Laehr, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37, p. 72.

ropathes. Ils rappellent les processus analogues qui ont lieu dans la lèpre mutilante dont la cause, découverte par Virchow, est une périnévrite.

A une époque plus récente on a publié des cas intéressants de pigmentation chez les aliénés (nigrities. — *Annal. méd. Psych.*, mai 1877).

Enfin, il faut remarquer la facilité avec laquelle guérissent les lésions qui se produisent dans les premiers stades de la démence paralytique, ce qui est probablement dû à la paralysie vasculaire et à la néoformation des vaisseaux, tandis que dans les stades terminaux de la maladie (dégénérescence des cornes postérieures de la moelle épinière), les lésions ne guérissent plus et le décubitus se produit très facilement.

CHAPITRE XII

TROUBLES DES FONCTIONS SÉCRÉTOIRES

Ils sont très fréquents chez les aliénés, mais très peu connus.

On peut admettre que la plupart de ces troubles sont dus à des troubles de la circulation causés par des anomalies dans l'innervation; on peut supposer que d'autres sont produits par des phénomènes anormaux dans certains centres du système nerveux qui régissent les fonctions sécrétoires.

Les troubles sécrétoires se rencontrent ordinairement dans les états aigus de l'aliénation mentale, ils peuvent manquer dans les folies chroniques. Dans la folie mélancolique, les sécrétions sont en général diminuées; dans les états maniaques, elles sont ordinairement augmentées.

Sécrétion des larmes[1]. — Un fait qui a déjà frappé les observateurs d'une époque plus ancienne, c'est que souvent la sécrétion des larmes manque chez les mélancoliques. — « Mes yeux sont secs comme mon cœur. » — Ce n'est qu'au commencement de la convalescence que les pleurs s'accompagnent à nouveau d'une sécrétion lacrymale.

Sécrétion de l'urine. — Comme on le sait, les changements qualitatifs et quantitatifs de cette sécrétion ne sont pas rares dans des maladies cérébrales. Ils peuvent être (selon Mendel) l'expression d'une mutation intra-organique anormale dans le cerveau ou du trouble de la mutation intra-organique dans d'autres organes, causés par une maladie cérébrale, ou bien ils peuvent être la conséquence de l'influence du cerveau malade sur les nerfs vaso-moteurs du rein (lésions du pédoncule cérébral, apoplexies rénales et albuminurie qui en dépendent).

L'examen des urines des aliénés est, cela s'explique naturellement, d'une grande importance, pour étudier la mutation intraorganique, mais les analyses quantitatives sont très difficiles à faire à cause de la difficulté qu'on a à recueillir l'urine.

Rabow (*Arch. f. Psych.*, VII, 1), d'accord en partie sur ce point avec Lombroso, trouve la diurèse diminuée dans la mélancolie. Elle peut, malgré une ingurgitation abondante de liquides, tomber à 100 centimètres cubes.

[1] Morel, *Traité des malad. ment.*, p. 443.

On n'a pas de données sûres sur la quantité d'urine émise dans les états d'agitation psychique.

Lombroso prétend avoir trouvé une diminution du poids spécifique dans la mélancolie (Rabow, au contraire, l'a trouvé augmenté); il l'a trouvé normal dans la manie, et augmenté dans la démence.

En ce qui concerne les analyses qualitatives de l'urine, les faits suivants sont à noter. Rabow a trouvé une diminution considérable des chlorures et de l'urée chez les mélancoliques. Les aliénés paralytiques sécrètent une plus grande quantité d'urine dans les premiers stades de leur maladie et, conformément à l'augmentation de la consommation des aliments, plus d'urée et de chlorure que les individus sains. Dans la démence progressive, la quantité d'urine, la quantité absolue de l'urée et des chlorures baissent, tandis que le poids spécifique est augmenté, et il est rare qu'il n'y ait pas de trouble dû aux sels uriques.

Dans les degrés extrêmes de l'imbécillité secondaire, Rabow a constaté que l'urine et les chlorures ne sont pas sécrétés proportionnellement à la consommation abondante des aliments et que, par conséquent, la mutation intra-organique a subi un certain ralentissement.

Mendel a fait des recherches concernant l'acide phosphorique. Il a constaté habituellement que, chez les individus atteints d'une maladie chronique du cerveau, la quantité absolue ou relative de l'acide phosphorique est moindre que chez les individus sains qui ont pris quantitativement et relativement la même nourriture que les malades.

Dans cette période de la paralysie où, malgré le bon appétit et l'absence de fièvre, on remarque une diminution rapide du poids, l'acide phosphorique et l'acide sulfurique sont considérablement augmentés par rapport aux autres parties solides.

Dans l'agitation de la folie furieuse on a trouvé une diminution considérable de l'acide phosphorique (jusqu'à 1 p. 100 et même plus aussi bien au sens absolu que par rapport aux autres principes constants de l'urine.

Huppert soutient que, dans les accès épileptiques, de l'albumine apparaît dans l'urine, assertion confirmée par Rabow et d'autres.

Rabenau a démontré aussi la présence de l'albumine chez nombre de paralytiques et a confirmé la découverte de Huppert que l'albumine même combinée avec des cylindres hyalins et des globules rouges sanguins, se montre après les ictus cérébraux (apoplectiformes et épileptiformes).

Le même fait a été aussi observé par Huppert dans la mania acutissima, dans les accès épileptiques par lues cerebralis, ainsi que dans la démence sénile avec accès paralytiques, enfin dans l'apoplexie simple et récente.

Westphal a constaté encore l'albuminurie dans le delirium tremens, Fürstner (*Arch. f. Psych.*, VI, 3) l'a trouvée, comme phénomène transitoire et ordinairement en combinaison avec des cylindres de fibrine et des globules sanguins isolés, dans l'alcoolisme chronique, sans qu'on ait pu trouver de néphrite à la nécropsie.

L'opinion de Fürstner que cette albuminurie transitoire doit être ramenée à une affection du centre producteur de l'albumine (Claude Bernard),

causée par un trouble dans la circulation de ce centre, demande à être confirmée.

Anomalies dans la sécrétion de la salive[1]. — Dans les états mélancoliques la sécrétion de la salive paraît ordinairement diminuée; dans les états maniaques, elle est souvent augmentée. L'augmentation de la sécrétion salivaire (ptyalisme) ne doit pas être confondue avec le simple écoulement de la salive, non anormale quantitativement, dans la paralysie de la déglutition ou quand la bouche est béante, ce qui arrive souvent chez les idiots ou dans les états de stupeur.

La secrétion se fait, comme on sait, sous l'influence de la cinquième paire : nerf auriculo-temporal (faisceau parotidien), nerf lingual, sublingual et submaxillaire, du facial (nerf de la parotide et corde du tympan) et du sympathique (plexus maxillaire externe du ganglion cervical).

Le véritable nerf sécréteur, c'est la corde du tympan. Quand on coupe cette dernière ou qu'on la paralyse par l'atropine, la secrétion de la salive s'arrête complètement, bien que l'afflux du sang à la glande salivaire continue toujours. L'influence du sympathique est vaso-motrice, le nerf lingual agit par réflexe sur le facial à l'aide du ganglion maxillaire.

Eckhardt a démontré que l'excitation de la cinquième paire et du facial produisait une salive aqueuse et pauvre en principes organiques, et que l'excitation du sympathique produisait une salive abondante en matières solides, visqueuse et gluante.

Ces expériences peuvent se confirmer aussi au lit du malade. Les excitations dans la région du trijumeau donnent parfois un écoulement de salive délayée et aqueuse, tandis que l'excitation du sympathique par la grossesse, par les maladies sexuelles, par les affections de l'estomac et de l'intestin etc., augmente la sécrétion de la salive visqueuse.

Stark a rapporté l'observation d'aliénés qui confirment l'expérience physiologique : les exacerbations d'une névralgie du trijumeau s'accompagnaient d'un écoulement de salive délayée et aqueuse, tandis que les états d'excitation sexuelle s'accompagnaient d'un écoulement de salive visqueuse; de sorte que, selon les circonstances, la qualité même de la sécrétion salivaire peut donner une indication sur la signification idiopathique ou sympathique d'un type morbide.

Les expériences d'Owsïannikow, de Lépine, de Bacchi et de Bochefontaine, d'après lesquelles l'excitation de certaines parties de l'écorce cérébrale augmente la sécrétion de la salive, ont besoin d'être confirmées. Elles expliqueraient la fréquence de l'écoulement salivaire dans certaines affections du cerveau antérieur (psychoses).

Menstruation[2]. — Souvent il y a des troubles de cette fonction chez les aliénés. Ils sont l'expression de troubles de nutrition constitutionnelle

[1] Obernier, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 21, p. 278. — Berthier, *Gaz. des hôp.*, 1864, n° 99. — Stark, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 27. p. 95. — Tamburini, *Rivista sperimentale di frenatria*, 1875, nov. (*Irrenfreund*, 1877, 5).

[2] Voir plus bas : *Les causes de la folie* (anomalies de la menstruation). — Morel, *Op. cit.*, p. 452.

(anémie) ou locale (maladies sexuelles) ou bien de troubles d'innervation vaso-motrice qui à leur tour peuvent avoir des rapports étiologiques avec l'élément causal de la psychose ou avec le processus cérébral morbide base de la psychose.

Tandis que dans les stades secondaires de la folie, pourvu que des maladies locales ou générales ne soient pas en jeu, les troubles de la menstruation manquent ordinairement, il y en a très souvent dans les états primaires de la folie. Ordinairement, dans ce cas, il y a une aménorrhée temporaire ou constante, et dans ce dernier cas le retour des menstrues coïncide ordinairement avec le retour à la santé psychique. Parfois l'aménorrhée dure encore longtemps après la convalescence psychique. Même dans les cas très rares où une brusque suppression des menstrues coïncide avec l'explosion d'une psychose, leur retour n'a pas toujours une signification critique, car les deux phénomènes sont les effets coordonnés et simultanés d'une même cause, mais la suppression des menstrues n'est point la cause de la psychose.

CHAPITRE XIII

TROUBLES DANS LE DOMAINE DES FONCTIONS VITALES

Chaleur du corps[1]. — En général les psychoses sont des maladies cérébrales sans fièvre; cependant on trouve souvent un développement de la chaleur spécifique du corps qui s'écarte de celui observé chez les individus sains; on note des températures qui sont d'une élévation anormale de même que des températures qui tombent au-dessous du minimum normal.

Les recherches plus récentes d'Eulenburg et de Landois (*Virchow's Arch.*, 1868; Burkhardt, *Arch. f. Psych.*, VIII, p. 333), montrent l'influence qu'exercent les destructions superficielles de certaines parties de l'écorce cérébrale (circonvolution frontale ascendante et extrémité frontale du gyrus formicatus) sur la chaleur spécifique et expliquent comment des variations peuvent survenir dans les affections de la région corticale du cerveau (psychoses). En général les lésions corticales superficielles ou une forte excitation faradique de ces régions produisent une augmentation de la température dans la moitié opposée du corps (Eulenburg, Hitzig); une faible excitation faradique de ces mêmes régions produit un abaissement de la température.

Ripping (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37, 6) a observé une augmentation de la température dans la moitié opposée du corps dans le cas de fongus médullaire à la partie postérieure du gyrus formicatus, puis des différences de température unilatérale allant jusqu'à 0°,9 dans les cas de manie simple, de mélancolie, mélancolie avec stupeur et démence paralytique, simultanément avec d'autres symptômes nerveux (ptyalisme, inégalité des pupilles, transpiration unilatérale, paralysie faciale).

Les températures élevées peuvent, par exclusion des maladies de complication des organes végétatifs, avoir pour cause des processus d'excitation dans certaines parties de l'écorce cérébrale. On les observe dans les attaques congestives, paralytiques et épileptiques, dans le délirium

[1] Wachsmuth, *Zeitschr. f. Psych.*, 14, p. 532. — Albers, *Ibid.*, 18. — Ziegler, *Ibid.*, p. 184. — Von Krafft, Güntz, Lœwenhardt., *Ibid.*, 25, p. 685. — Wolff, 24, p. 409. — Ulrich, 26, p. 761. — Clouston, *Journal of mental science*, 1868. — Williams, *Med. Times*, 1827, p. 224.

tremens. dans l'état épileptique et l'agonie des aliénés. Chez les névropathes constitutionnellement très affaiblis, une selle ou une miction entravées, donc une irritation périphérique, peuvent provoquer des températures éphémères de 40°, sans qu'il existe nécessairement un trouble de l'état général, de sorte que le thermomètre seul indique cette hausse de la température. On observe plus souvent des températures au-dessous de la normale dans la folie. Ordinairement on peut les attribuer à une augmentation des pertes de la chaleur (malades nus, furieux, paralytiques ayant une paralysie générale des vaisseaux). Chez certains malades (mélancolie avec stupeur et passive) où chaque perte excessive de chaleur est compensée par le repos au lit et une bonne couverture, on trouve tout de même des températures au-dessous de la normale (36°), des températures minima qui doivent être attribuées à une diminution de la production de calorique due à l'arrêt de la mutation intra-organique, à l'inanition, à la respiration incomplète.

Chez les fous furieux aussi l'augmentation de la perte de calorique l'emporte ordinairement sur l'augmentation de la production de chaleur par travail musculaire plus accentué.

Loewenhardt (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 25) et Zenker (*Ib.*, 33) ont rencontré de véritables températures de collapsus descendant jusqu'à 23° dans la folie furieuse, et cette température qui menait à l'épuisement se produisait bien avant la mort du malade[1].

Les malades jouissaient alors d'une certaine euphorie et d'un appétit excellent. J'ai fait des observations analogues chez des paralytiques, couchés et bien enveloppés, peu de jours avant le dénouement fatal. On a pris dans le rectum des températures descendant jusqu'à 24°.

Le pouls. — Nous avons parlé des anomalies qualitatives du pouls en étudiant les troubles vaso-moteurs. La fréquence du pouls est très variable. La fréquence se rencontre souvent dans les états d'agitation, surtout d'anxiété, et doit dans ce cas être attribuée à l'émotion psychique.

Souvent, chez les fous furieux, l'accélération des contractions du cœur est remarquablement minime, malgré leur inquiétude et leur jactance extraordinaire. Dans ces cas on trouve même un ralentissement tombant jusqu'à 40 pulsations, ce qui peut s'expliquer par des processus d'irritation anormaux dans le trajet du nerf vague, parfois aussi comme manifestation de graves états d'inanition.

Digestion et assimilation[2]. — Elles sont souvent troublées dans les états aigus et primaires de la folie. Les troubles de ces fonctions sont souvent la cause de la maladie; ils peuvent en être des complications fréquentes ou parfois en être la conséquence et être causés par l'abstinence.

Respiration. — Les troubles de la respiration se rencontrent de préférence chez les mélancoliques.

[1] Ulrich, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 26, p. 671, trois cas (deux dans la manie alcoolique grave, un dans la mélancolie passive).

[2] Morel, *Op. cit.*, p. 441. — Dagonet, *Traité*, p. 72.

Ils peuvent être causés par l'angoisse précordiale, par des névralgies. La respiration est alors superficielle, insuffisante. Souvent une tuberculose pulmonaire se développe comme conséquence de la respiration insuffisante.

Zenker (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 30, fasc. 4) a observé chez des paralytiques un mode de respiration étrange, intermittente, rémittente, et arythmique, dans le genre du phénomène de Cheyne-Stokes, dans le cas d'attaques cérébrales.

Nutrition générale. Poids du corps. — L'état de la mutation intraorganique et de la nutrition générale dont le degré approximatif nous est donné par les pesées du corps, est de la plus haute importance chez les aliénés.

Ils justifient cette hypothèse de troubles profonds de toute la mutation intraorganique allant de pair avec la maladie psychique, la plupart des psychoses n'étant autre chose que l'expression de troubles graves de la nutrition, auxquels le cerveau participe ; dans ce cas, une faiblesse prédisposante de cet organe qui en fait un locus minoris resistentiæ met les troubles psychiques au premier plan du tableau pathologique.

Il résulte des recherches faites à ce sujet par Albers[1], Nasse[2], Lombroso, Stiff et d'autres que, chez les mélancoliques et les maniaques, une diminution progressive du poids du corps accompagne les processus de la maladie psychique jusqu'à son apogée, qu'en général les rémissions coïncident avec une augmentation de poids, les exacerbations avec une diminution, qu'à l'entrée en convalescence une augmentation ordinairement rapide du poids du corps coïncide avec la guérison psychique. Dans certains cas l'augmentation de poids a été d'une demi-livre et plus par jour.

Nasse a calculé que l'augmentation absolue est en moyenne chez les femmes de 21,6 p. 100, chez les hommes de 15,8 p. 100.

Si les psychoses primaires passent à l'état de faiblesse psychique secondaire, les différences de poids s'égalisent et le poids du corps reste à peu près stationnaire.

L'augmentation de poids dans les terminaisons malheureuses des psychoses n'est cependant pas constante. Mais quand elle se produit, elle est plus continue et plus lente que dans les cas qui sont en voie de guérison. Dans la folie périodique aussi le paroxysme se manifeste simultanément avec une diminution du poids du corps et dure aussi longtemps que celui-ci baisse.

L'amélioration de l'état coïncide avec le retour de l'augmentation en poids.

Ripping a noté la haute importance de cette augmentation en poids (allant jusqu'à 29 kilogrammes) dans la guérison de la folie puerpérale.

[1] Albers, *Deutsche Klinik*, 1854, 32. — Erlenmeyer, *Psych. Corresp. Bl.*, 1844.

[2] Nasse, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 16, p. 514. — Lombroso, *Ann. med. psych.*, 1867, mars. — Schultz, *Deutsche Klinik*, 1855, 9. — Stiff, *Dissert.* Marburg, 1822.

Sommeil. — Les troubles du sommeil sont très fréquents chez les aliénés, et sont presque de règle dans les stades primaires de la folie. Le sommeil peut manquer pendant des semaines entières chez les mélancoliques et les maniaques. Chez les premiers le sommeil est troublé, parce qu'il n'est pas réparateur et que le malade alors le nie ou le place au même rang que le sommeil artificiel provoqué par les narcotiques.

Dans les stades secondaires de la folie le sommeil est ordinairement normal, quand il n'est pas troublé par des états d'agitation intercurrente ou par des hallucinations.

Le sommeil est souvent extraordinairement long et profond chez les imbéciles ainsi que dans les cas d'épuisement cérébral après la manie.

DEUXIÈME PARTIE

LES CAUSES DE LA FOLIE[1]

La recherche des causes des maladies est d'une haute importance scientifique. Leur étude nous mène à la pathogénie et à la prophylaxie.

Un mal aussi grave, au point de vue individuel et social, que l'est la folie, a dès les premiers temps poussé les savants à en rechercher les origines. Ainsi qu'on le verra par l'exposé que nous ferons plus loin de l'état actuel de notre science, les recherches faites sur les causes de l'aliénation mentale n'ont pas été sans succès; ce qui plus est, l'étiologie de la folie est mieux connue que celle de la plupart des autres maladies bien que précisément les difficultés soient ici particulièrement grandes.

Ces difficultés consistent tout d'abord dans cette circonstance qu'ordinairement, et c'est presque la règle, une multiplicité de causes concourent à produire la folie. Etant donné le manque de clarté de la pathogénèse, il est souvent presque impossible d'établir ces facteurs variables et surtout d'évaluer la valeur isolée de chacun d'eux.

Quand il s'agit d'éléments étiologiques d'un effet plutôt général, on ne doit pas négliger l'appoint de la statistique. La statistique est un précieux moyen auxiliaire pour les recherches étiologiques, mais à la condition que les questions soient posées avec justesse et précision, et que ses données brutes soient utilisées avec soin et sans idée préconçue. D'ailleurs la statistique ne nous donne jamais la cause d'un phénomène, mais seulement un encouragement à rechercher cette cause (Hayem). Les chiffres obtenus doivent être interprétés avec exactitude.

Ainsi, par exemple, du fait statistique qu'il y a un plus grand nombre de malades femmes dans un asile, il n'en résulte pas la conclusion que la morbidité du sexe féminin est plus grande que celle du sexe masculin. La principale cause de cette supériorité numérique est due plutôt au degré moindre de mortalité des aliénés femmes.

[1] Hagen, *Statist. Untersuchungen.* — Schüle, *Handb.*, 2e édition, p. 189. — Emminghaus, *Allg. Psychopathologie*, p. 301. — Koch, *Zur Statistik der Geisteskrankheiten*, Stuttgart, 1878. — Eisenhart, *Friedrichs Blätter f. gerichtl. Medicin.*, 40, année de 1889, fasc. 2, 3, 4.

Trop souvent il arrive que les profanes ou les médecins inexpérimentés prennent le dernier anneau de la chaîne étiologique, qui est sans doute un facteur important, pour la cause unique, et négligent tous les autres phénomènes antérieurs et un peu éloignés, et qui, par conséquent, sont moins évidents. Une perte dans les affaires, une grande émotion morale, etc., sont censées avoir causé la maladie, tandis que l'examen vraiment scientifique montre l'hérédité, les maladies qui affaiblissent, etc. ; sur cette base seulement la dernière cause invoquée a pu produire son effet et amener la catastrophe.

Il n'arrive que trop souvent encore qu'on prend les conséquences et les symptômes d'un trouble mental que l'entourage n'a pas reconnu, pour la cause de l'aliénation mentale elle-même.

Un négociant atteint d'une paralysie au début fait des spéculations malheureuses. La maladie que les profanes eux-mêmes reconnaissent bientôt, est attribuée au chagrin ou à cet échec dans les affaires, tandis que l'examen scientifique réussit à démontrer qu'il n'a fait de mauvaises spéculations que parce que son cerveau était déjà malade.

On assure qu'un maniaque a été pris de folie furieuse à la suite d'excès alcooliques et vénériens; un examen minutieux nous apprend que cet homme, habituellement de mœurs bien rangées, ne s'est livré à ces excès que quand il a été atteint d'exaltation maniaque.

Une paysanne rentre chez elle après avoir entendu le sermon d'un missionnaire et est prise de folie furieuse. Le sermon est censé avoir causé sa maladie. En réalité, quand elle est venue au sermon, elle était déjà malade (mélancolique) et elle venait pour trouver le pardon de prétendus péchés.

Le médecin aliéniste constate quotidiennement qu'on prend les symptômes ou les suites de la maladie pour sa cause; cela doit l'engager à ne pas accepter sans réserve ce que disent les profanes.

L'anamnèse doit tenir compte de l'ensemble de l'individualité intellectuelle et physique, car souvent le trouble mental n'est que le résultat final de l'évolution tout entière et de la vie antérieure. Il ne s'agit point de maladies qu'on peut anatomiquement préciser, mais d'individus malades (Schüle).

Avant de songer à déterminer l'étiologie d'un cas concret, il faut soigneusement établir : l'histoire exacte du développement physique et intellectuel du malade, son état de santé habituel, ses dispositions morbides et ses dispositions antérieures, la prédisposition originaire de son caractère, son degré d'éducation, ses penchants, ses tendances et son mode d'existence, sa manière de réagir individuellement en face des influences et des irritants extérieurs.

Ordinairement il ne suffit pas de connaître l'histoire de la vie et de l'évolution de l'individu. Nous devons remonter aux particularités physiques et intellectuelles des ascendants; car, en dehors de la tuberculose, il n'y a pas une maladie qui soit aussi héréditaire et aussi puissamment basée sur les anomalies physiques et intellectuelles, sur les conditions vitales des parents, que ne l'est l'aliénation mentale. Malheureusement la réponse

à cette question étiologique des plus importantes est trop souvent loin d'être satisfaisante, les malades étant de naissance illégitime ou bien des gens de la couche la plus basse et dont l'ascendance n'a laissé aucune trace; ou bien il s'agit d'individus de la haute société chez qui on nie absolument tout ce qui touche à certains faits d'hérédité pénibles à avouer.

Enfin une statistique consciencieuse doit encore tenir compte de ce fait qu'au point de vue scientifique on ne peut pas toujours admettre cette thèse juridique : Pater est quem nuptiæ demonstrant.

L'étiologie des maladies mentales est au fond la même que celle des autres maladies cérébrales et nerveuses. Elles forment avec ces dernières une même famille pathologique.

Un premier classement des éléments étiologiques nous permet de distinguer deux grands groupes : les causes prédisposantes ou plutôt exposantes (d'après Hagen), et les causes accessoires, occasionnelles, souvent accidentelles. On ne peut pas toujours établir une démarcation précise entre ces deux groupes quand on se trouve en présence d'un cas concret : une cause prédisposante (organisation héréditaire anormale du cerveau, éducation manquée, etc.) peut devenir une cause occasionnelle de la maladie, en produisant dans l'existence des émotions, des passions, de fausses situations qui provoquent l'explosion de la folie.

En général, l'expérience nous apprend que les influences prédisposantes ont un poids de beaucoup plus considérable que les influences occasionnelles, que souvent les premières suffisent à elles seules pour produire l'aliénation mentale.

Dans la série des causes prédisposantes il y a encore à considérer les facteurs généraux auxquels on doit attribuer une certaine influence qui cependant ne peut être évaluée qu'à l'aide de la statistique et d'une manière approximative ; puis certains facteurs purement individuels reposant sur les dispositions physiques et intellectuelles, l'histoire du développement, le genre de vie, les événements de la vie, facteurs dont l'importance est de beaucoup plus considérable que celle des facteurs généraux.

Les causes accessoires et occasionnelles sont habituellement divisées en causes physiques et en causes morales, distinction qui n'a de valeur qu'en tant qu'elle facilite le coup d'œil d'ensemble sur le tableau étiologique et qui n'est justifiée qu'à la condition d'admettre que toute cause morale produit en dernière ligne son effet par la voie physique, soit qu'elle ait besoin d'une prédisposition organique pour pouvoir agir comme choc général, soit qu'elle ait provoqué le trouble de nutrition cérébrale, base de la psychose, directement en influençant l'innervation vaso-motrice ou indirectement en troublant les processus de la nutrition générale.

CHAPITRE PREMIER

CAUSES PRÉDISPOSANTES

I. — Causes prédisposantes générales.

CIVILISATION[1]

Un phénomène qui paraît être démontré par la statistique de presque tous les pays et de tous les asiles d'aliénés, c'est la fréquence progressive des maladies mentales dans les temps modernes.

La science se demande :

α). Si cet accroissement inquiétant des maladies mentales est réel ou seulement apparent et, s'il est réel,

δ). Par quels facteurs il est produit.

A. — Pour la première de ces deux questions il convient de faire remarquer que des chiffres comparatifs exacts entre les époques antérieures et l'époque moderne nous manquent, que les statistiques et les recensements des aliénés dans les temps passés laissaient beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude, tandis qu'aujourd'hui le diagnostic perfectionné et le contrôle plus minutieux des aliénés font mieux connaître les cas de maladie, qu'ensuite les bons soins prolongent la vie des malades internés dans les asiles, ce qui fait que le nombre de ces derniers augmente et qu'enfin le chiffre total de leur population augmente aussi. Mais toutes ces sources d'erreurs ne suffisent pas à expliquer le fait que dans tous les pays civilisés le chiffre des aliénés a presque doublé; en Angleterre, par exemple, il est monté de 14,500 (en 1849) à 30,000 (en 1886). Nous sommes obligés de convenir qu'en réalité il y a accroissement des cas de folie, bien qu'en proportions moins grandes que cela semble à première vue, mais néanmoins assez considérables pour donner à réfléchir.

[1] Brierre, *Ann. méd. psych.*, 1853 p. 293. — Parchappe, *Ibid.*, p. 314. — Bucknill et Tuke, *Manuel of. psych. med.*. p. 30. — Robertson, *Journ. of mental science*, 1871, janv. — Legrand du Saulle, *Gaz. des hôp.*, 1871, p. 102, 103. — Jewell, *Journ. of nervous and mental disease*, 1881, janv.

B. — On a rendu les progrès de la civilisation[1] responsables de cet accroissement et on fait remarquer que chez les peuples sauvages ou à demi civilisés l'aliénation est un phénomène très rare, tandis que dans une nation civilisée sur 500 individus il y a effectivement un aliéné.

C'est par les conditions d'existence des peuples non civilisés qui ne connaissent ni les orages politiques et religieux, ni les plaisirs raffinés, et qui mènent un genre de vie plus simple et plus conforme à la nature, qu'on a essayé d'expliquer leur immunité relative contre l'aliénation mentale; mais toutes ces considérations ne sont que d'une valeur bien minime tant que nous n'aurons pas une statistique parallèle des cas de folie chez les peuples sauvages et chez les peuples civilisés, et que la connaissance des maladies mentales chez les premiers se bornera aux notes occasionnelles fournies par les récits de voyage des naturalistes et des missionnaires. Evidemment ces évaluations puisées dans les impressions de profanes et non dans des recensements faits par des hommes compétents, restent bien au-dessous des chiffres réels. Ainsi, d'après le témoignage de Griesinger, beaucoup d'aliénés vagabondent en Orient comme saints et comme mendiants.

Mais quand même nous admettrions le fait que les cas de folie augmentent dans la société moderne et que cet accroissement est dû aux facteurs de notre société actuelle, facteurs dont l'ensemble est désigné par le mot de civilisation, il ne nous resterait autre chose à faire que de décomposer immédiatement en ces facteurs ce que nous appelons civilisation et de poser une série de questions étiologiques de détail auxquelles il est difficile de répondre ou auxquelles on ne pourrait essayer de donner une réponse qu'en s'appuyant sur une vaste statistique soigneusement établie.

Il est incontestable que la civilisation en progressant offre des conditions qui sont directement défavorables à l'éclosion des maladies mentales.

Il faut ranger parmi ces conditions : une alimentation meilleure, une amélioration dans la façon de se vêtir, de se loger, le peuple éclairé sur le terrain religieux et intellectuel, une éducation plus soignée et une plus grande moralité.

Mais, à côté de ces éléments de régénération, la civilisation offre des inconvénients très graves et sans doute d'une grande importance dans l'origine des maladies mentales. Tels sont : l'accroissement énorme de la population des grandes villes avec les préjudices qui en résultent au point de vue hygiénique (tuberculose, scrofule, anémie) et moral, l'accumulation d'un prolétariat dégénéré physiquement et intellectuellement, le paupérisme, le nombre croissant des êtres vivant dans les usines, le célibat, l'avidité de l'or et la vie luxueuse, les passions qui usent au point de vue intellectuel et qui corrompent les mœurs.

[1] Comparez Constans, Lanier, Dumesnil (*Rapport du service des aliénés* de 1874) qui, pages 141-144, attribuent à la civilisation et surtout à l'influence des grandes villes une grande part dans l'augmentation du nombre des aliénés : « l'aliénation, dans sa fréquence, suit la civilisation; elle en est le parasite; elle vit et s'accroît avec elle et à ses dépens ».

Mais ce qui dépasse en importance tous ces faits, c'est que les progrès de la civilisation créent des conditions d'existence plus compliquées, des besoins plus raffinés et que par suite la lutte pour la vie est plus accentuée.

Cette lutte, pour une existence plus aisée, mais plus riche en besoins, c'est le cerveau qui doit la soutenir.

Elle affine le cerveau dans son organisation ; elle le rend plus inventif, mais aussi plus vulnérable ; en même temps il est exposé à des excitations qui ne mènent que trop facilement à la surexcitation et partant à l'épuisement, à la maladie, à la dégénérescence.

Partout et toujours quand un organe est forcé d'augmenter sa somme de travail fonctionnel, il est plus exposé aux maladies, il s'use plus vite et tout effort devient facilement du surmenage.

Les exigences, augmentées dans la lutte pour l'existence, se font sentir aujourd'hui chez l'individu dès l'école, et la concurrence sur tous les terrains de l'art, de la science et de l'industrie, l'avidité des plaisirs et des richesses, maintiennent une grande partie de la société moderne dans un état de tension constante des forces nerveuses et dans une continuelle agitation.

Il faut encore ajouter un autre facteur important : parallèlement à l'augmentation de l'usure des forces nerveuses, se fait sentir le besoin croissant de certains produits de consommation qui sont propres à augmenter artificiellement l'activité cérébrale.

L'augmentation de la consommation du café, du thé, du tabac, de l'alcool, n'est certes pas un phénomène dû au hasard, mais c'est plus ou moins un manomètre indiquant l'excédent de travail que le cerveau est forcé d'accomplir à notre époque. La consommation de ces stimulants peut, si l'on veut, être compatible avec la conservation de la santé ; mais leur abus ne l'est certainement point.

De tous les articles de consommation, le plus important, celui dont on fait le plus souvent un abus excessif et qui, par là, est le plus dangereux, c'est l'alcool. Dans la lutte de la civilisation avec les peuples sauvages de l'Amérique, il devint, sous le nom d'eau de feu, un moyen pour exterminer les indigènes, moyen plus puissant que les armes à feu elles-mêmes.

Nos ancêtres, il est vrai, ont peut-être quantitativement dépassé la génération moderne dans l'absorption des boissons alcooliques, mais ce qu'ils buvaient, c'était du vin et encore était-ce un vin inférieur en pourcentage d'alcool. Aujourd'hui l'alcool apparaît sous une autre forme, forme concentrée, et l'industrie peut le fournir à bon marché aux gens du peuple.

Mais ce qu'elle lui offre en fait d'alcool, c'est de la pire espèce ; il contient des éthers, une des matières les plus délétères pour le système nerveux central[1].

[1] La différence énorme des effets de l'alcool éthylique et de l'alcool amylique ne saurait être mieux envisagée que dans leurs composés azotiques. L'azotate d'éthyle est un liquide d'esprit faible, dont les vapeurs affectent à peine le système vasculaire, tandis que l'azotate d'amyle, pris aux plus petites doses, produit une paralysie vasculaire complète dans la région des carotides.

Ce poison est un facteur qui prévaut largement contre tout ce que la civilisation fait pour préserver les hommes des maladies mentales.

Toutes les observations semblent indiquer avec un grand degré de vraisemblance, que l'aliénation mentale devient de plus en plus fréquente dans la société moderne et que son origine est due à une surexcitation du cerveau, par le surmenage et par l'abus excessif de certains produits de consommation.

Ces inconvénients se manifestent tout d'abord par la fréquence de plus en plus grande des constitutions névropathiques dans la société moderne qui a « trop de nerfs, mais pas assez de nerf ». La constitution névropathique constitue la prédisposition la plus importante, non seulement aux maladies mentales, mais aussi à toutes les névroses possibles. Elle s'acquiert par le genre de vie irrationnel de l'individu ; elle est congénitale par suite du genre de vie fâcheux dont l'ascendance s'est rendue coupable.

L'influence des orages politiques et des désordres religieux[1] est relativement très minime dans la vie sociale moderne. Elle doit être, au point de vue de son importance et de l'effet produit, placée au même rang que les autres calamités publiques (tremblements de terre, famines, catastrophes financières, incendies, etc.). Sous l'impression de ces désastres, la maladie psychique se déclare tout d'abord chez les individus qui, par suite d'une prédisposition, n'ont pu résister à l'effet bouleversant, déprimant de la peur pour leur propre vie ou pour celle des leurs, de la terreur et des scènes émouvantes des sièges, de la guerre, des soucis de l'existence et des privations par suite du manque d'ouvrage.

Ceux qui dirigent les révolutions sont relativement très souvent atteints de la maladie[2]. Cela s'explique par le fait que souvent des individus tarés héréditairement, des excentriques, des êtres étranges se trouvent à la tête de ces mouvements.

NATIONALITÉ. CLIMAT. SAISONS

Ces facteurs sont de nature complexe, car la nationalité comprend en même temps la race, le genre de vie et d'occupations, la forme du gouvernement et du culte, le degré de civilisation et de moralité.

De plus les statistiques des aliénés ne sont pas faites avec la même exactitude dans tous les pays; elles ne sont pas dressées aux mêmes points de vue, et ne peuvent satisfaire complètement les exigences scientifiques. En somme le pourcentage des cas de folie ne varie pas considérablement avec les diverses nations civilisées, pas plus qu'entre les peuples des zones torrides et ceux des régions plus froides. Les préjudices que peut causer la

[1] Flemming, *Allg. Zeitschr, f. Psychiat.*, VII, p. 35. — Lunier, *Annal. méd. psych.*, 1857, janv., mai. — Witkowsky, *Arch. f. Psych.* VI, *Einfluss der Belagerung von Strassburg auf die geistige Gesundheit der Einwohner*). — Legrand du Saulle, *Gaz. des hôp.*, 1871, p. 102, 103 (le même sujet pour Paris, 1870-1871).

[2] *Irrenfreund*, 1872, p. 770. — Laborde, *Les hommes et les actes d'insurrection de Paris devant la psychologie morbide*. Paris, 1872.

chaleur chez les premiers, sont richement compensés par les excès d'alcool que font les habitants des pays septentrionaux.

Dans certains pays où des miasmes telluriques exercent leur influence et conduisent à la dégénérescence crétineuse, on trouve non seulement plus de maladies psychiques qu'ailleurs, mais encore une fraction considérable de la population est affligée d'infirmités psychiques (idiotie) et somatiques (goitre, etc.). L'influence d'une alimentation insuffisante et non appropriée aux besoins, se manifeste non seulement par la fréquence de la scrofulose, du rachitisme, de la tuberculose, de la pellagre (alimentation par le maïs chez les paysans de la Haute Italie), mais aussi par l'anémie constitutionnelle et ses conséquences : constitution névropathique et psychopathique (Comp. l'épidémie hystéro-psychopatique de Morzine en Savoie).

On a souvent admis que l'été prédispose plus aux maladies mentales que la saison froide. En effet, les asiles d'aliénés, notamment dans les pays agricoles, reçoivent plus de malades pendant les mois d'été ; mais il s'agit le plus souvent d'individus malades depuis longtemps et qui, pendant les mois d'hiver, étaient moins gênants pour leurs familles que pendant l'été, où les travaux des champs réclament toutes les forces, ce qui les a fait amener dans les asiles.

Dans nos climats, la chaleur de l'été aggrave l'état des individus qui sont déjà malades depuis longtemps, mais il est rare qu'elle produise directement la maladie.

SEXE

Des observateurs anciens, comme Esquirol, Haslam et d'autres, ont admis que les femmes sont plus prédisposées aux maladies psychiques que les hommes.

Chez elles, les époques dangereuses de la grossesse, de la puerpéralité et de la ménopause se font sentir; la femme a moins de force de résistance physique et intellectuelle que l'homme; ensuite l'aliénation mentale se transmet par hérédité plutôt à la descendance féminine; ces faits semblent à priori favorables à cette hypothèse.

Ces causes fécondes de folie dans le sexe féminin trouvent cependant un équivalent plus que suffisant dans le sexe masculin par le fait que l'homme est exposé au surmenage de la lutte pour l'existence, soutenue dans la plupart des cas par lui seul et sans aucun concours; parce qu'il se livre à l'abus de l'alcool, aux excès sexuels qui affectent beaucoup plus l'homme que la femme. Si la femme est forcée de soutenir seule la lutte pour l'existence, comme par exemple plus d'une veuve est obligée de le faire, elle succombe plus facilement et plus vite que l'homme.

Il est une cause de folie pour la femme, cause dont il convient de ne pas déprécier l'importance, qui tient à sa position sociale. La femme qui, de par son naturel, a plus besoin de la satisfaction sexuelle que l'homme, du

moins au sens idéal, ne trouve pas d'autre moyen honorable pour la satisfaction de ce besoin que le mariage (Maudsley).

C'est le mariage qui lui procure aussi son seul moyen d'existence. Le caractère de la femme s'est développé dans ce sens à travers de nombreuses générations. Déjà la petite fille joue à la maman avec sa poupée. La vie moderne, avec ses exigences plus grandes, offre de moins en moins de chances pour que cette satisfaction soit donnée par le mariage. Tel est surtout le cas pour les classes supérieures où les mariages sont plus rares et plus tardifs.

Tandis que l'homme, étant le plus fort, se procure sans difficulté des satisfactions sexuelles, grâce à sa plus grande force intellectuelle et physique, à sa position sociale indépendante, ou qu'il trouve facilement un équivalent dans une carrière qui absorbe presque toutes ses forces, tous ces moyens restent inaccessibles à la femme non mariée appartenant au meilleur monde. Cette circonstance la rend mécontente d'elle-même et du monde tout entier ; elle se creuse la tête et se livre aux rêveries morbides. Pendant quelque temps elle cherche une compensation dans la religion, mais en vain. L'enthousiasme religieux, avec ou sans masturbation, développe une foule de maladies nerveuses parmi lesquelles l'hystérie et la folie ne sont pas rares.

Voilà ce qui explique la plus grande fréquence de la folie chez les femmes non mariées entre vingt-cinq et trente-cinq ans, c'est-à-dire à la fleur de l'âge, à l'époque où s'épanouissent les espérances de la vie, tandis que chez les hommes la folie se montre plus fréquemment entre trente-cinq et cinquante ans, période des plus grandes exigences de la lutte pour la vie.

Des statistiques des maisons d'aliénés il ressort que souvent c'est l'élément féminin qui prédomine. Nous avons déjà indiqué une des raisons de cette prédominance : la mortalité moins grande chez les femmes parce que se produisent plus rarement chez elles les cas idiopathiques, notamment la démence paralytique. Une autre raison est que la folie chez la femme étant en général plus turbulente et se manifestant d'une manière plus indécente que chez l'homme, on se décide plus promptement et plus souvent à amener la femme aliénée dans un asile. Enfin il faut encore tenir compte du fait que le chiffre de la population féminine dépasse un peu celui de la population masculine.

En somme la statistique nous apprend que la fréquence de la folie est à peu près la même dans les deux sexes et qu'elle est plutôt un peu plus grande dans le sexe masculin par suite de l'ivrognerie et de la plus grande mise à contribution de l'activité cérébrale.

CULTES

La statistique s'est donné beaucoup de peine pour établir quelle est la proportion des cas de folies dans les différents cultes et elle a, par exemple,

trouvé que chez les juifs et chez certaines sectes la proportion des cas d'aliénation est extraordinairement élevée. La folie n'a de rapports avec le culte religieux que quand les dogmes créent des empêchements au mariage et empêchent les fidèles, surtout quand ils sont en petit nombre, de croiser suffisamment la race et de faire une sélection continue et restreinte entre eux-mêmes.

On se trouve donc ici en présence d'un phénomène analogue à celui qu'on observe chez les familles de la haute aristocratie et de la haute finance qui, pour des raisons d'étiquette ou d'argent, se marient continuellement entre elles et ont souvent de ce fait des descendants aliénés. Ici encore la cause n'est pas de nature éthique, mais d'ordre anthropologique.

En somme on doit admettre que la vraie religion, l'éthique pure, en ennoblissant l'esprit humain, en l'élevant vers l'idéal et en prodiguant des consolations aux moments de détresse, diminue les dangers et les menaces d'aliénation mentale.

Il n'en est pas de même quand le sens religieux se fausse en un zèle mystique et bigot, dont l'enveloppe hypocrite cache souvent les plus basses passions.

Mais il est nécessaire que là encore il existe une forte prédisposition pour que ce facteur puisse produire occasionnellement un effet décisif.

Beaucoup de ceux qui perdent la tête à confesse ou pendant le sermon, sont des idiots mélancoliques; beaucoup de ceux qui cherchent une protection et des consolations en se réfugiant dans la religion sont des naufragés des orages de la vie qui, en entrant dans le port, sont déjà brisés physiquement et moralement.

Souvent une religion excessive est déjà le symptôme d'une prédisposition originairement morbide du caractère ou le signe d'une maladie réelle; il n'est pas rare que sous les dehors chastes de l'exaltation religieuse se cachent une sensualité morbide et une agitation sexuelle conduisant à des aberrations très importantes au point de vue étiologique [1].

CÉLIBAT

L'aliénation mentale est beaucoup plus fréquente chez les célibataires que chez les gens mariés [2], ce qui, selon Hagen, s'explique par le fait que le nombre des célibataires arrivés à l'âge critique est plus considérable dans la population, qu'à cet âge ils sont plus sujets à la maladie, que souvent c'est le trouble mental déjà existant qui a empêché la conclusion du mariage, et qu'enfin les meilleures conditions hygiéniques de la vie conjugale, les rapports sexuels réguliers, exercent un effet prophylactique.

Mais la vie maritale peut aussi avoir des dangers pour la santé de

[1] Maudsley, *Op. cit.*, p. 218; *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 11, fasc. 2, 3, 4, 13, fasc. 3, 4, 17.

[2] Hagen, *Recherches statistiques :* Hommes : 61 p. 100 célibataires; 35.8 p. 100 mariés; 25 p. 100 veufs ou divorcés. Femmes : 54,9 p. 100 célibataires; 33,6 p. 100 mariées; 11,1 p. 100 veuves ou divorcées.

l'esprit, quand les caractères des époux sont incompatibles, quand il faut se procurer des moyens d'existence pour une famille, ce qui exige de plus grands efforts matériels et intellectuels, quand des revers de fortune de toutes sortes peuvent faire de la lutte pour la vie un combat désespéré.

Chez l'homme, le calme de l'esprit et du caractère peut être compromis par les défauts de caractère, le gaspillage, la coquetterie, les vexations de l'épouse, hystéropathe ou déséquilibrée de l'utérus: chez la femme, le même effet peut provenir de la brutalité, de l'ivrognerie, de l'infidélité du mari.

Brosius (*Irrenfreund*) décrit un genre de folie particulier aux femmes mariées et qui souvent, hors des asiles, est la source de bien des malheurs de famille.

C'est une dépression douloureuse chronique avec vive irritation contre l'époux et allant parfois jusqu'à de violentes explosions de colère. Cette dépression morale est motivée par des plaintes (non fondées) contre la négligence et l'infidélité de l'époux. On compromet et on insulte sans égards le mari et les prétendues rivales. La jalousie et la susceptibilité transforment ces femmes en véritables espionnes. La logique formelle et la possibilité que leurs plaintes puissent être fondées trompent souvent le public sur leur état d'esprit morbide, bien que le sans-gêne de leur conduite soit assez frappant.

AGE

Les conditions de morbidité des différents âges touchant l'aliénation mentale diffèrent considérablement [1].

Elles montrent, comme le dit fort bien Tigges (*Rapport sur Marsberg*, p. 288), la folie comme un processus organique surtout rattaché aux conditions vitales intérieures de l'individu lui-même.

Il en résulte un autre fait, c'est que l'intensité et la nature du type morbide doivent correspondre exactement au degré de développement intellectuel et moral.

1° *Enfance* [2]. — Les troubles psychiques dans l'enfance, c'est-à-dire depuis la naissance jusqu'à la puberté, sont des phénomènes rares. Cela s'explique par le développement psychique incomplet de l'enfant, et par l'absence des excitants (efforts dans la lutte pour l'existence, émotions, passions, excès, etc.) qui atteignent le cerveau de l'adulte.

[1] Hagen, *Recherches statistiques*. Les malades au-dessous de quinze ans sont très rares (1,72 pour 752 habitants), et plus d'hommes (35) que de femmes (71). La proportion monte à partir de cet âge assez rapidement dans les deux sexes (de seize à vingt ans, 1 sur 40, 10 habitants) et d'une manière égale jusqu'à trente-cinq ans. De trente-six jusqu'à quarante-cinq ans, elle se maintient à la même hauteur chez les hommes, mais baisse presque de moitié chez les femmes; à partir de quarante-six ans, la proportion baisse dans les deux sexes d'une manière égale.

[2] Les excellentes descriptions de Maudsley, traduites par Böhm, p. 273, et Schüle, *Handb.*, p. 222. — Scherpf, *Jahrb. f. Kinderheilk*, N. F XVI (documents). — Möller, *Arch. f. Psych.*, XIII, fasc. 1; Emminghaus, *Die psychischen Störungen des Kindesalters*, 1887.

Les éléments étiologiques des maladies psychiques de l'enfant sont presque exclusivement de nature organique, somatique. Dans la grande majorité des cas il s'agit d'organisations défectueuses avec tare héréditaire et déjà frappées dans le germe. La folie apparaît surtout sous forme d'idiotie congénitale en se développant dès les premières années de la vie, ou sous forme de folie morale se manifestant en même temps qu'une névrose (chorée, épilepsie).

En dehors de la constitution névro-psychopathique originaire (tare), l'onanisme précoce et fréquent, conséquence de cette tare, les maladies graves, aiguës, surtout infectieuses, les efforts intellectuels, les lésions de la tête, et, dans quelques cas rares, l'excitation produite par les vers, ont une importance étiologique.

Les causes psychiques, notamment les émotions, les passions, l'éducation manquée, jouent un rôle peu important dans l'étiologie de la folie chez les enfants. Elles peuvent exister, conduisant aussi quelquefois au suicide [1], mais elles disparaissent plus vite que chez les adultes.

La peur est plus importante comme cause occasionnelle.

C'est ainsi que s'explique le fait que la folie de l'enfance, même quand elle ne se présente pas sous les formes dégénératives de l'idiotie intellectuelle ou morale ou du trouble épileptique, porte de préférence le cachet d'une infirmité idiopathique. Aussi le pronostic est difficile, mais ce qui l'aggrave beaucoup, c'est que la folie se produit dans une âme qui n'est pas encore développée et par là compromet grandement son évolution normale organique et psychologique.

L'absence du développement du moi ne permet pas le développement des formes très variées de la folie que l'on observe chez les adultes. Maudsley et Schüle ont montré d'une manière très ingénieuse quelles formes sont possibles et se rencontrent en réalité suivant l'état de développement de la vie intellectuelle de l'enfant.

Dans les premières années de la vie, des cas de folie sensitivo-motrice, furieuse et instinctive, semblable à celle des animaux [2], peuvent se produire (cas rapportés par Maudsley, p. 275). Avec le développement de la sphère sensorielle, apparaissent des cas de folie hallucinatoire dus à des fièvres, à des exanthèmes aigus, et qui compliquent les névroses choréique et épileptique.

Avec le développement de la sphère des conceptions il peut naître des idées délirantes; cependant dans l'enfance l'aliénation mentale va rarement jusqu'aux idées délirantes systématiques, comme dans la paranoïa des adultes, bien que les débuts de cette variété pathologique (imagination fantastique, délires primordiaux et passagers comme substrata des idées fixes ultérieures) puissent remonter jusqu'aux premières années de l'enfance. Les idées obsédantes aussi débutent souvent avant l'âge de puberté.

[1] Stark, *Irrenfreund*, 1870.

[2] Il faut ranger dans cette catégorie les accès furieux très fréquents chez les enfants; cas rapporté dans *Henke's Zeitschrift* où il est question d'une vache qui, après avoir vêlé, fut prise de folie furieuse.

La mélancolie et la manie sont rares chez les enfants; leur origine n'est presque jamais émotive, mais presque toujours organique (Schüle). La mélancolie se manifeste alors sous forme de stupeur avec actes souvent impulsifs, notamment le suicide; la manie, comme un état d'agitation caractérisé par une impulsion instinctive à faire des mouvements en même temps qu'il y a un trouble de la conscience et une grande confusion dans les conceptions, avec trace à peine manifeste de la faculté d'association; elle est due le plus souvent à une cause organique (hyperhémie cérébrale fluxionnaire); le cerveau est alors défectueux aussi (idiotie).

2° *Puberté* [1]. — A l'âge du développement sexuel, la proportion des cas de folie monte considérablement et rapidement comme dans toutes les phases de la vie physiologique. L'hérédité est l'élément de prédisposition le plus important.

D'après les recherches de Hagen, la proportion des maladies chez les individus héréditairement prédisposés est surtout élevée entre seize et vingt ans.

D'après mes observations personnelles, les personnes du sexe féminin sont plus prédisposées que celles du sexe masculin; cela provient probablement de ce que la prédisposition héréditaire joue en général un plus grand rôle chez la femme et que chez cette dernière la période d'évolution est plus radicale et souvent accompagnée de troubles graves de la nutrition (anémie, chlorose).

Sur la base d'une prédisposition héréditaire, le développement de la puberté, facteur accessoire, peut produire l'aliénation mentale sous différentes formes.

Dans nombre de cas, c'est l'onanisme qui se manifeste si facilement chez les individus tarés, par suite de leur instinct génital précoce et puissant, qui prend alors le rôle de cause occasionnelle. Chez les individus du sexe féminin, les déplacements de l'utérus, jusque-là sans conséquence, ou l'arrêt du développement utérin qui reste stationnaire, puéril, manifestent directement leur influence sympathique réflexe sur l'écorce cérébrale ou indirectement en provoquant des troubles généraux de la nutrition (anémie, chlorose). Le développement anormalement rapide de la taille, les arrêts de développement du crâne ont une importance non moins considérable.

Dans d'autres cas nous n'avons pas encore trouvé l'anneau intermédiaire qui nous explique comment la puberté retentit sur l'état mental. Souvent la psychose disparaît avec la régularisation définitive de la menstruation.

Les maladies psychiques de cet âge sont excessivement variées et ont une pathogénie bien différente.

La prédisposition héréditaire étant ici la cause prédominante, on doit s'attendre à ce que les formes dégénératives jouent le principal rôle. La

[1] Maudsley, *Journ. of mental science*, 1868. — July, *Mania pubescentium*. — Skae, *Ibid.*, 1874. — Sterz, *Jahrb. f. Psychiatrie*, 1879, t. II, p. 94.

paranoïa, les idées obsédantes, la folie périodique, circulaire et mélancolique se montrent assez souvent; la folie morale aussi prend un essor assez considérable.

La mélancolie et la manie se montrent aussi, rarement toutefois sous la forme bénigne d'une psycho-névrose due à une cause émotive (le plus souvent la peur), mais plutôt d'origine organique, directe et primitive, comme c'est le cas dans l'enfance.

La mélancolie apparaît sous la forme grave de la stupeur où elle va de pair avec des actes impulsifs, des représentations obsédantes et des hallucinations impératives qui sont dirigés contre la vie du malade; plus souvent encore ces impulsions poussent à mettre le feu, ce qui a donné lieu à la théorie fausse de la pyromanie de la puberté. La manie a souvent le caractère de la moria et présente aussi beaucoup d'éléments impulsifs.

En même temps on trouve souvent, surtout quand le développement du crâne et du cerveau ont été retardés, des folies furieuses graves ou des états d'agitation délirante et hallucinatoire avec tous les phénomènes de l'hyperhémie cérébrale; la marche est rapide et se termine généralement par une imbécillité ou une idiotie permanentes; en général, à cet âge, toutes les maladies idiopathiques sont très dangereuses pour le développement ultérieur de l'organe psychique.

Les folies épileptique et hystérique aussi se développent très souvent à l'âge de puberté.

Sur le terrain hystérique se manifestent alors des variétés maniaques chroniques légères qui ont pour la plupart un fond érotique (désir d'aller dans un couvent, etc.) ou des états de folie épisodique, en partie hallucinatoire, en partie cataleptique, enfin des cas de paranoïa religieuse.

Sous le nom d'hébéphrénie [1] Kahlbaum et Hecker ont décrit une maladie juvénile particulière qui se déclare à l'éclosion de la puberté, passe rapidement à l'état de démence, et serait très fréquente.

Cette maladie serait caractérisée, outre l'époque insolite à laquelle elle se montre, par les variations continuelles et protéiques de ses différentes formes (mélancolie, manie, incohérence) par sa terminaison extraordinairement rapide qui aboutit à un état de faiblesse psychique et par la forme particulière de cette imbécillité terminale (attitude stupide et prudhommesque) dont les signes sont déjà apparents aux premiers stades de la maladie. En même temps les émotions ne sont que très superficielles (rire et plaisanteries ineptes au plus fort de la dépression mélancolique), en sorte que les malades ont l'air de se jouer de leurs anomalies de caractère et d'y mettre quelque coquetterie.

Dans les phases d'excitation il se manifeste une activité puérile et sans but et un penchant à la flânerie; en même temps il y a une apparence de préméditation, de conscience des actes et des paroles stupides de ces malades. Leur élocution aussi est insipide et pleine de phrases pompeuses

[1] *Virchow's Arch.*, 52, p. 394. *Irrenfreund*, 1877, 4 et 5.

et vides, avec une préférence pour les termes précieux empruntés aux langues étrangères, aux classiques, pour les grands mots, une incapacité à exprimer une idée sous une forme concise, précise, une construction illogique et étrange des phrases.

Les idées délirantes sont, dit-on, rares et, quand il en existe, elles se présentent comme des éléments rudimentaires d'une idée de grief préconçue; mais ordinairement elles se manifestent sous forme de saillies bizarres et ineptes.

Occasionnellement il y a aussi des états d'agitation allant jusqu'à la rage et causés par la masturbation, par la menstruation ou par des hallucinations.

Il me paraît cependant encore douteux qu'il y ait lieu de considérer l'hébéphrénie comme une forme morbide à part.

Dans tous les cas, c'est une psychose dégénérative (puberté, aspect protéiforme, actes impulsifs pour la plupart, troubles émotifs, caractère primordial des idées délirantes de nature très compliquée et sans aucune motivation ou basées sur un raisonnement puéril). La note d'imbécillité qui domine tout ce tableau pourrait s'expliquer en partie par l'imbécillité originaire de ces malades, fait sur lequel insiste aussi Hecker dans l'étiologie des cas qu'il a observés, en partie par la circonstance que, ainsi que le démontre cet auteur dans un exposé psychologique très ingénieux, le processus morbide atteint une vie intellectuelle naissante, pour ainsi dire à son âge ingrat, et arrête son développement.

De même que Schüle (*Handbuch*, p. 213) qui sur 600 cas n'a trouvé que deux cas d'hébéphrénie pure, je n'ai rencontré que rarement ce genre de psychose (8 sur 3,000). Dans tous les cas que j'ai observés il y avait une tare considérable (imbécillité originaire, signes de dégénérescence). Dans deux (chez des femmes il y avait microcéphalie. Le pronostic n'est pas absolument mauvais. Dans un cas il y eut guérison, dans l'autre amélioration durable.

Des symptômes de folie hébéphrénique se rencontrent aussi dans les psychoses maniaques de la puberté avec les symptômes caractéristiques généraux de la psycho-névrose et avec une marche bénigne. L'hébéphrénie n'est probablement qu'une forme de la folie de la puberté en général, basée sur une tare grave; le caractère puéril, précocement prudhommesque du langage, des écrits et de la conduite, est un phénomène qu'on doit attribuer à la phase biologique particulière pendant laquelle la folie de la puberté se développe. La même psychose présente un aspect particulier suivant l'âge auquel elle se produit; cela existe aussi dans les mélancolies et les manies qui, dans la vieillesse, sont d'un genre tout à fait différent de celles de la jeunesse ou de l'âge adulte.

Observation II. — *Folie maniaque à l'âge de puberté avec symptômes hébéphréniques. Guérison.* Mlle Z..., dix-neuf ans, issue d'une famille tarée. La grand'mère du côté maternel était une imbécile; deux frères de la mère sont morts fous, un autre s'est suicidé. La mère était de caractère anormal; un frère est idiot. La malade était

intellectuellement moins douée que sa sœur aînée, s'est développée très lentement au point de vue physique et intellectuel, a eu de tout temps un caractère renfermé et se sentait déprimée par l'observation faite par elle-même qu'elle était inférieure en beauté et en esprit à sa sœur aînée. La malade n'a jamais souffert de maladies graves. Les règles sont apparues à l'âge de dix-sept ans sans malaise et sont revenues régulièrement à l'époque suivante. Depuis l'apparition de la puberté la malade paraissait parfois un peu exaltée, agitée, passionnée. Une gouvernante grincheuse et sévère a dirigé son éducation et a cherché à la maintenir aussi longtemps que possible au milieu des enfants avec leurs idées.

Au mois de décembre 1879 on se décida à faire faire à la jeune fille son entrée dans le monde. Elle débuta par un voyage en Italie. Dès le mois de janvier, à Naples, elle frappait un observateur attentif par son instabilité, son agitation, son exaltation. Elle commençait à avoir de l'enthousiasme pour tout ce qui est noble et beau, trouvait les beautés de Naples ravissantes, caressait des projets de mariage, voulant se rendre indépendante, parce qu'elle n'était plus un enfant et qu'elle s'était laissée jusqu'ici trop guider par les autres. Elle prenait des airs de protection avec sa grand'-tante et sa sœur aînée, lui donnait des conseils sages et prudhommesques, mais était en même temps assez enfant pour jouer avec des petites filles aux jeux d'enfants et pour oublier un moment tous ses projets de faire la grande dame et de le devenir. Son humeur variait brusquement, passant d'une gaité débordante à un pessimisme sentimental et à une inquiétude pleurarde pour sa santé. La malade est très émotive et un désir non satisfait peut la mettre dans une émotion violente. Bien qu'elle fût encore d'une naïveté tout enfantine en ce qui concernait ses vues et ses désirs, elle se plaisait pourtant à vouloir s'imposer en grande dame à son entourage, et souvent avec une solennité comique elle faisait remarquer qu'elle ne se laisserait plus traiter en enfant.

Au mois de juin 1880, à l'époque prémenstruelle, la maladie légèrement indiquée jusqu'alors s'accentua nettement par une exaltation maniaque. La malade dormait mal, devenait inconstante, bavarde, avait des idées précipitées, était aménomaniaque, se déclarait au comble du bonheur, trouvant tout superbe, chantant, dansant, sautant, jubilant et ayant par intervalle aussi de l'exaltation religieuse.

Avec l'apparition de la menstruation la maladie rétrograda et revint à son état antérieur. Vers le milieu du mois de juillet une nouvelle exacerbation prémenstruelle se produisit, cette fois avec une teinte érotique. Elle croyait qu'un jeune homme, qui lui avait été en effet destiné par ses parents, mais qu'elle n'avait pas revu depuis son enfance, était caché dans la maison et que ses parents l'empêchaient de le voir. Elle en demandait compte à son entourage, et, très irritée, cherchait son fiancé dans tous les coins du vaste château.

Après une rémission qui se manifesta avec l'apparition des règles, il y eut un nouvel accès au mois d'août et beaucoup plus accusé. Elle était inconstante, exaltée, ne se mouvait qu'au milieu d'émotions, se prenant d'une vive indignation à cause d'une branche de bois mort du parc, ravie à l'aspect d'une simple fleur des champs; elle montrait de fréquents et brusques changements d'humeur, avait des désirs sans nombre, changeant rapidement; elle était très loquace, avec des idées décousues. A partir du commencement du mois d'août on donna chaque jour à la malade 4 grammes de bromure de sodium.

L'état présent que j'ai dressé au commencement de septembre 1880, à l'occasion d'une consultation, n'a donné au physique aucun résultat, sauf une légère congestion un peu durable du cerveau, un retard des règles, un sommeil troublé et des maux de tête passagers; au point de vue psychique, il a permis de constater des phé-

nomènes d'exaltation maniaque légère avec un cachet hébéphrénique, exaltation qui pouvait encore avec peine être contenue au salon, au milieu du monde. La malade bavarde sans fin, se perd dans des détails fatigants, est brusque dans ses mouvements; son caractère varie sans cesse entre l'orage et la sérénité : tantôt elle rit, tantôt elle pleure. Devant les étrangers et au salon, elle sait se contenir tant bien que mal, mais parfois dans ses promenades au bois elle se roule de plaisir sur l'herbe. Pendant des heures entières elle marche d'un pas accéléré au point qu'on ne peut la suivre sans se fatiguer.

La malade offre un mélange bizarre de l'enfant et de la femme. On s'aperçoit à son aspect qu'elle est encore à moitié enfant, qu'il n'y a pas longtemps qu'elle a quitté sa chambre d'enfant, tandis qu'en même temps elle cherche à jouer à la dame du monde, rôle que pourtant elle n'est pas de taille à jouer. Elle essaie d'en imposer aux autres, mais continuellement elle quitte son rôle; elle cherche à remplacer le grand air qui lui manque par une certaine nonchalance et par l'aplomb, mais dans ces efforts elle devient grotesque et d'un comique achevé. Son étrange état de transition et de formation biologico-psychique se manifeste aussi par sa conversation qui, inépuisable et décousue comme chez les maniaques en général, revêt encore un cachet tout particulier par ses méprises dans le choix des termes, par son langage précieux et affecté, mélangé de locutions banales, même garçonnières, par ses expressions énergiques, ses associations d'idées souvent tout à fait baroques et enfin par le mélange de remarques puériles et de sentences prudhommesques.

Au point de vue sexuel aussi la malade se trouve dans une phase de transition étrange : de l'état d'enfant à l'état de vierge. Elle a un vague pressentiment des rapports sexuels, mais malgré cela elle paraît encore tout à fait enfantine. Son amour romanesque pour le « fiancé » avec lequel elle s'est fiancée par « sympathie de sentiments », est un badinage d'amour idéaliste et enfantin et rien moins qu'une affection passionnée, sérieuse, preuve de plus que son âme d'enfant n'est pas encore tout à fait détruite et que son âme nouvelle n'est pas encore développée.

Le caractère hébéphrénique de la maladie se dessine encore plus nettement dans la vie intime de famille et dans les lettres de la malade. Elle comble sa sœur aînée de bons conseils, elle l'assure qu'on trouvera pour elle aussi un bon parti, elle prend un air de tutrice avec sa grand'tante; elle l'exhorte à bien surveiller sa sœur aînée afin que celle-ci ne donne pas son cœur trop à la légère. Elle écrit à son frère de longues épîtres pleines d'exhortations à être sage, comme si elle était la grand'mère de ce jeune homme; elle écrit des lettres puériles et prudhommesques à la fois à une amie, lui recommande de choisir des lectures saines et convenables pour les longues soirées d'hiver; elle lui dit que maintenant elle est obligée de tenir lieu de mère à sa sœur et à son frère; elle se plaît à morigéner la gouvernante et d'autres personnes plus âgées qu'elle et se met dans une colère extraordinaire quand on ne lui obéit pas ou qu'on ose l'appeler chère enfant. « Jusqu'ici j'étais trop bonne, je dois montrer un peu d'énergie, sans cela la maison ne marcherait pas ; je serai comme un homme. » En même temps elle fait des vers ineptes de mirliton contre sa gouvernante et se divertit énormément en les lisant.

Aux mois de septembre et d'octobre, la malade est en état d'exaltation maniaque avec exacerbations qui se manifestent à l'époque menstruelle. Elle va et vient dans la maison, cherche partout à imposer le respect, est ordinairement gaie, mais irritable et se met en colère pour les causes les plus futiles; en même temps elle est rebelle, difficile à vivre, fait tantôt le gamin mal élevé tantôt l'enfant. Elle court à tort et à travers dans le parc, tambourine des morceaux sur le piano, n'a de consistance pour rien et fait tout à la hâte. Elle a la rage épistolaire; ses lettres sont

pleines de tournures boursouflées et de sentences ridicules. Le caractère prudhommesque de son langage et de ses écrits frappe aussi son entourage. La gouvernante est maltraitée; elle proteste contre sa tutelle, « puisque son éducation est terminée ». La malade aime les manières du grand monde qui deviennent chez elle des poses comiques et grotesques. Parfois, parmi les symptômes aménomaniaques il y a des heures d'humeur douloureuse et morose et de l'irritation, et elle déclare qu'elle sent qu'elle a changé de tête. Le sommeil est souvent troublé, la fluxion cérébrale par moments nettement prononcée.

A partir de fin octobre la malade devient plus calme et plus rangée. Le caractère enfantin disparaît. Elle devient plutôt femme, mais assez souvent encore des réminiscences de sa vie enfantine, de la recherche dans l'expression, des phrases banales, des idées enfantines réapparaissent.

Au mois de novembre l'exaltation maniaque baisse, la malade reconnaît sa maladie. Elle en a honte et sait se dompter. Elle devient naturelle dans ses sentiments et ses conceptions, et abandonne tout à fait ses badinages amoureux. Fin décembre la famille trouve que la malade est redevenue tout à fait normale, mais qu'elle n'a que le degré de développement d'une jeune fille de quinze ans bien élevée. Les phénomènes fluxionnaires ont disparu, les règles sont régulières.

Il résulte des renseignements ultérieurs que le développement psychique adulte a eu lieu sans anomalie.

3° *Apogée du développement physique et intellectuel.* — La période la plus propice à la folie, c'est l'époque du plein développement physique et intellectuel, la période des orages de la vie et des plus grands efforts physiques et intellectuels. Chez la femme, c'est entre vingt-cinq et trente-cinq ans que la folie est la plus fréquente; c'est probablement parce qu'à cette époque des espoirs d'amour et de vie agitent le cœur des femmes non mariées, espoirs souvent déçus et qui leur portent de graves atteintes intellectuelles, tandis que chez les femmes fonctionnant sexuellement les influences dépressives des accouchements et de la lactation se font sentir.

Chez l'homme, c'est entre la trente-cinquième et la cinquantième année, parce que c'est la période où les soucis de la position sociale et de la famille, les efforts physiques et intellectuels déployés dans la lutte pour l'existence sont les plus grands et, en même temps, que les excès in Bacho et Venere exercent sur le cerveau leur effet épuisant. Toutes les formes de la folie se rencontrent à cet âge de la « turgescence physiologique » du cerveau, de la plus grande intensité et de la plus grande variété des excitations; la paralysie générale y est particulièrement fréquente.

4° *Ménopause*[1]. — La période d'involution chez la femme constitue aussi une cause soit prédisposante soit occasionnelle des maladies mentales.

Sur 878 aliénées femmes que nous avons observées, il y en avait 60 (6,1 p. 100) chez lesquelles la ménopause avait été la cause de la maladie; cette influence morbide peut être de nature psychique (douleur qu'on éprouve à perdre les sentiments sociaux et éthiques qui se basent sur les

[1] Skae. *Edinb. med. Journ.*, X, févr., p. 703; *Journal of mental science*, 1874; *Psychiatr. Centralbl.*, 1873, p. 182. — Conklin, *Americ. Journ. of. insanity*, 1871, oct. — Schlager, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 15. — Kisch, *Das klimakt. Alter der Frauen*, 1874. — Lochner, *Diss.* Leipzig, 1870. — Von Krafft, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34.

sensations sexuelles, regret éprouvé surtout par les femmes sans enfants; constatation douloureuse de la disparition des charmes physiques); ou bien elle peut être de nature mixte, les perceptions générales morbides qui accompagnent le processus d'involution et la peur traditionnelle et quelque peu fondée du public de cette phase de la vie ébranlant l'équilibre intellectuel. La ménopause peut enfin devenir la cause de la maladie par voie purement somatique quand elle ne se borne pas à mettre hors fonction les organes génitaux et à les atrophier, mais quand elle présente en même temps un processus d'involution de l'organisme tout entier, processus qui ne peut se traduire sans troubles fonctionnels considérables jusqu'au rétablissement de l'équilibre.

Les troubles spéciaux et d'une grande importance pour l'origine de l'aliénation mentale, consistent dans ce cas en sécrétions profuses (ménorrhagies, leucorrhée) et en troubles de la nutrition (anémie) de l'organe psychique, dans la cessation brusque des règles, en névralgies, et généralement en états d'excitation nerveuse dans la région des nerfs génitaux avec l'excitation des organes nerveux centraux qui en est la conséquence (irradiation réflexe).

L'importance de ces facteurs est augmentée par les tares organiques et notamment par les tares héréditaires, par les causes d'affaiblissement qui précèdent la ménopause (accouchements fréquents, maladies épuisantes) ou qui coïncident avec elle (typhus et autres maladies générales graves, affections locales de l'utérus, notamment métrite chronique et anomalies de position). S'il n'y a pas coïncidence de ces causes adjuvantes avec la ménopause, la maladie psychique ne peut guère se développer.

L'aliénation mentale à la ménopause ne constitue pas une forme spéciale de maladie, mais il est indéniable que les psychoses qui se produisent à cette période présentent à leur début ainsi que dans leur cours des symptômes somatiques se ramenant à la ménopause même et que les états d'excitation sexuelle provoqués par le processus involutif peuvent, soit par voie allégorique, soit inconsciemment par l'excitation de l'écorce cérébrale, donner au tableau clinique un aspect qui indique nettement son origine et sa base sexuelle.

Parmi ces symptômes il faut noter la fréquence de la nature sexuelle des délires (20 cas de ma statistique personnelle dont j'ai fait mention), des hallucinations olfactives (6) et l'illusion d'être influencée physiquement par des ennemis (10), sensation qui doit être attribuée à l'excitation des nerfs sensitifs irradiée dans la moelle épinière. Les formes morbides que nous avons constatées dans les 60 cas observés étaient : 1 délire aigu 1 folie circulaire, 36 paranoïa avec délire primordial de persécution, 6 paranoïa avec délire primordial religieux, 12 démence paralytique, 4 mélancolie.

La mélancolie de la ménopause [1] présente les caractères de la mélancolie

[1] Comparez : Kracauer, *Die Mel. der Frauen nach dem Klimakterium.* Dissertation inaugurale, 1882.

sénile ou du moins de celle qui est basée sur l'impuissance du cerveau ; car elle est ordinairement caractérisée par des idées nihilistes (appauvrissement, anéantissement général, souvent aussi avec une note hypocondriaque). Les états de peur angoissante et la crainte du suicide sont très fréquents.

Etablir une ménopause pour le sexe masculin[1] ainsi que particulariser les psychoses qui se produisent à cet âge (cinquante à soixante ans), ne me paraît admissible ni au point de vue biologique ni au point de vue clinique.

Les psychoses qu'on signale comme appartenant à la ménopause masculine, doivent évidemment être classées parmi les psychoses séniles et sont motivées par un senium précoce.

5° *Vieillesse.* — Au delà de cinquante ans, la proportion des cas de folie baisse rapidement dans les deux sexes. Par contre dans la vieillesse qui pour bien des gens usés avant le temps par la lutte pour l'existence, par les excès, par de graves maladies constitutionnelles, etc., commence parfois un peu avant cinquante ans (senium précoce), un nouvel élément étiologique, l'involution sénile du cerveau, se fait sentir.

Si cette involution se produit rapidement et avec intensité, si elle se combine avec une dégénérescence graisseuse du cœur, avec l'artério-sclérose, ou si elle est compliquée par des maladies athéromateuses en foyer de l'encéphale, on voit se développer un état de débilité mentale qui, si la vie se prolonge assez longtemps, peut aller jusqu'à l'imbécillité complète (démence sénile).

Les troubles de la nutrition et de la circulation qui se rattachent à l'involution sénile prédisposent beaucoup aux maladies psychiques.

Les formes pathologiques qui se manifestent sur la base d'un cerveau sénile et impuissant sont les mélancolies, les manies et les syndromes de la folie. La base organique dégénérative donne à ces psychoses du cerveau impuissant un cachet particulier comparativement aux psycho-névroses qui atteignent le cerveau jeune et non taré.

Elles se signalent par leur caractère grave, idiopathique, organique, par les troubles sensitifs, vaso-moteurs, trophiques, moteurs, qui les accompagnent et qui vont parfois jusqu'aux attaques apoplectiformes et épileptiformes, par des symptômes de faiblesse psychique qui se manifestent dans tous les sens. Cette débilité se manifeste dans la vie des sentiments, par le caractère superficiel des émotions, ce qui n'empêche point que des émotions d'origine organique, comme l'angoisse précordiale, puissent se produire sans entrave ; dans les représentations, il y a faiblesse de la mémoire. embrouillement, lacunes, baisse de la faculté de conclusion, de jugement ; les idées délirantes qui peuvent naître par hasard ne se produisent qu'exceptionnellement par réflexion ; ordinairement ce sont des délires primordiaux. Les efforts de volonté de ces malades sont faibles et décousus.

La mélancolie sénile de ce genre est une mélancolie agitée, vague. Son

[1] Skae, *Edinb. med. Journ.*, XI, sept., p. 232. (*Schmidt's Jahrb.*, 128, p. 326).

mobile est la peur. Cette angoisse n'est qu'exceptionnellement un phénomène de réaction qui se rattache à des idées délirantes et à des hallucinations ; elle constitue plutôt un phénomène primaire et de cause organique. Les réactions motrices consistent en une inquiétude instinctive, en actes de destruction, surtout dans le rongement des ongles, les égratignures de la peau. A chaque moment l'émotion de la peur peut s'élever au degré d'un raptus.

Ces malades deviennent alors un danger pour eux-mêmes et pour les autres.

Ils n'essaient que rarement de s'expliquer leur caractère morbide, et leur explication est toujours puérile.

Le délire qui consiste à s'accuser soi-même est rare. A sa place on trouve des délires micromaniaques et nihilistes dont le comble consiste à nier sa propre existence et celle des autres, et même celle du monde extérieur.

Ordinairement l'idée délirante que tout est perdu et que le malade est incapable de payer fait naître le refus de manger, mais on vient facilement à bout de cette résistance passive, étant donné le caractère superficiel de l'émotion, et temporairement l'abstention fait place à une véritable gloutonnerie.

Il s'y mêle aussi parfois des délires hypocondriaques nihilistes (corps imaginaires, perte de certains organes, etc.). Des troubles de la sensibilité, de la perception générale et des illusions peuvent parfois se présenter comme bases de ces délires monstrueux ; mais ordinairement ce sont des créations primordiales d'un cerveau gravement atteint dans sa nutrition.

Les manies qui se développent sur la base de la dégénérescence sénile ont le caractère des manies idiopathiques graves.

Elles se rapprochent de la manie paralytique, car elles ont comme accessoires : la manie de faire toutes sortes de projets sans plan, un empressement puéril, des délires des grandeurs insensés, une excitation érotique outrepassant toutes les convenances ; elles présentent une faiblesse intellectuelle de tous les sens, des défectuosités éthiques ; passagèrement elles arrivent à une fureur accompagnée de symptômes d'hyperhémie cérébrale fluxionnaire.

Les syndromes de folie — qu'on pourrait peut-être interpréter comme des états d'inanition épisodique ou finale du cerveau en involution — sont caractérisés par la prédominance des délires primordiaux nihilistes, souvent hypocondriaques, de nature monstrueuse et stupide et d'un décousu désespérant. Les émotions de réaction sont faibles, puériles, à moins que l'angoisse précordiale ne rende la situation dramatique. Alors on peut s'attendre au suicide ou à l'homicide.

Ordinairement ce qui prédomine c'est la peur enfantine d'une mort horrible, avec une motivation inepte et marquée par un hurlement et des cris monotones, idiots. Il y a encore des perceptions hostiles et une méfiance extrême de l'entourage, épisodiquement des hallucinations terrifiantes (bains de sang, massacres généraux, cercueils, cadavres, potences ; délires d'empoisonnement, crainte de la fin du monde, etc.).

Ces psychoses du cerveau sénile n'ont pas naturellement un pronostic favorable. Ce sont ordinairement les prodromes ou des épisodes d'une démence sénile. Ce n'est que dans des cas rares qu'elles se terminent sans qu'il reste une débilité psychique appréciable.

Outre ces psychoses séniles proprement dites, on rencontre jusqu'à une vieillesse très avancée, chez des individus dont le cerveau était resté jusque-là exempt de dégénérescence sénile, des psychonévroses bénignes [1] qui ne diffèrent en rien de celles de l'âge adulte.

MÉTIERS ET PROFESSIONS

C'est un facteur trop complexe pour pouvoir donner des résultats satisfaisants au point de vue étiologique, malgré tous les efforts de la statistique.

Si, par exemple, les matelots, les tonneliers, les charretiers sont souvent frappés d'aliénation mentale, cela tient moins à leur métier qu'aux excès alcooliques amenés par leurs occupations.

Chez les ouvriers qui travaillent auprès du feu, c'est la chaleur qui souvent provoque la folie.

Les domestiques sont assez souvent atteintes d'aliénation mentale. On a pu constater dans ces cas comme causes : la nostalgie, les fâcheuses conditions sociales et familiales qui ont souvent poussé ces pauvres êtres à aller chez les autres, les rudes besognes qu'elles endurent, en général leur situation sociale d'opprimées, l'amour déçu, le surmenage dans leur métier.

Les maladies mentales sont fréquentes aussi chez les prostituées chez lesquelles la surexcitation nerveuse par excès sexuels, ainsi que la boisson, la misère, la syphilis, pourraient être considérées comme causes.

Les couches sociales inférieures sont frappées du fléau de la pauvreté, de la misère sociale, de l'insuffisance de nourriture, des habitations insalubres, avec le rachitisme, la scrofule et la tuberculose comme conséquence; de plus elles sont adonnées aux excès du plus mauvais et du plus délétère des alcools et elles sombrent facilement dans la lutte pour l'existence.

Dans les classes élevées, les équivalents de ces maux sont : les influences héréditaires, la nervosité, une éducation qui efféminé, les débauches de toutes sortes, les passions, les ambitions, etc.

Les personnes qui travaillent de tête sont plus prédisposées que les artisans, mais il est peu probable que le surmenage [2] intellectuel seul puisse produire l'aliénation mentale chez un adulte. A côté il y a toujours une constitution névropathique ou un chagrin de ménage, des soucis, des humiliations venant de l'entourage ou de supérieurs hiérarchiques; ou bien il

[1] Comparez : Mendel, *Die Manie*, p. 142. *Mania typica* chez un vieillard de quatre-vingts ans avec guérison.

[2] Comparez : Voisin, *Traité de la paralysie générale*, p. 483.

s'agit d'hommes qui, en apparence enfants de la chance ou du favoritisme, ont obtenu une position qui est au-dessus de leurs moyens intellectuels et qu'ils cherchent à conserver par le surmenage, en se privant de sommeil, en ayant recours aux stimulants cérébraux. La base des psychoses qui se développent par ce surmenage excessif du cerveau, c'est la cérébrasthénie. Si les vaisseaux sont d'une perméabilité anormale, il se produit alors facilement un délire aigu ou une démence paralytique; la mélancolie, la démence aiguë et la folie peuvent se produire.

On ne peut pas contester l'influence préjudiciable du surmenage intellectuel sur le cerveau jeune et en voie de développement[1]. Il est indéniable qu'à notre époque névrosée on charge souvent dans nos lycées de trop de choses hétérogènes le cerveau de l'élève, en même temps qu'on tient trop peu compte du physique. Les lycées ne sont essentiellement que des écoles préparatoires de philologie et une réforme de l'enseignement serait nécessaire. Hasse (*Die Ueberbürdung unserer Jugend*, Braunschweig, 1881) a signalé ce fait, mais il a peut-être exagéré l'influence nuisible du surmenage, car les causes prédisposantes subsistent toujours (tares héréditaires, constitution névropathique, esprit borné); de même des causes adjuvantes (onanisme, traitement trop sévère à l'école et à la maison, ambition blessée parce qu'on n'a pas obtenu une bonne place, etc.). Les cas de maladie cités par Hasse sont surtout des cas d'épuisement psychique avec phénomènes d'excitation. Comp. Haunhorst, *Ueber den Einfluss der Ueberbürdung*, etc., Greifswald, 1861; Lippmann, *Ueberbürdungspsychosen, Breslauer Zeitschr.*, 1881, 2.

On a remarqué la fréquence de la folie chez les artistes, les poètes, les acteurs remarquables[2].

L'organisation plus affinée qui rend la plupart de ces individus névropathes, capables de produire des créations extraordinaires, paraît avoir en même temps pour cause un amoindrissement de la force de résistance du cerveau contre les excitations; peut-être faut-il aussi tenir compte de leur agitation nerveuse continuelle ainsi que de l'irrégularité de leur vie.

Dans l'armée[3], les maladies mentales sont plus fréquentes que dans la vie civile. La nostalgie, la mauvaise nourriture, la masturbation, le surmenage physique, les mauvais traitements de la part des supérieurs jouent un rôle étiologique chez les troupiers. Chez les officiers la plus grande morbidité s'explique par les excès de toutes sortes, avec l'impossibilité résultant des rigueurs du service de réparer ses forces après les

[1] Arndt, *Lehrb. der Psych.*, p. 305.

[2] Comparez Hagen, *Ueber die Verwandtschaft des Genies mit dem Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 33, fasc. 5 et 6. — Despine, *Psychologie naturelle*, I, p. 456.

[3] Dufour (*Ann. méd. Psych.*, 1812, juillet) trouve que le suicide est plus fréquent dans l'armée que dans la vie civile; le maximum de la fréquence se rencontre entre vingt et trente ans; ce sont surtout les officiers qui sont souvent atteints (20 p. 100, tandis que la proportion numérique entre officiers et troupiers est de 3 à 4 p. 100) et exclusivement de paralysie. — Fröhlich, *Zeitschr. f. Psych.*, 36, fasc. 2 et 3. — Sommer, *Ibid.*, 43, p. 14. — Dietz, *Ibid.*, 44, p. 209.

J'ai en sept ans et demi soigné 30 officiers et militaires; 27 étaient paralytiques.

débauches, le célibat, les passe-droits, les humiliations dans le service qu'il faut supporter à cause d'une discipline rigoureuse.

Le chiffre des maladies psychiques causées par l'accumulation de toutes ces causes préjudiciables au soldat est encore beaucoup plus élevé pendant la guerre[1]. Les grandes campagnes de ces derniers temps ont fourni l'occasion d'observer ces psychoses de la guerre. Outre les psychoses ordinaires on rencontre en majorité les formes idiopathiques graves (notamment la paralysie) de pronostic mauvais. La cause en est évidemment dans les fatigues épuisantes de la guerre. En première ligne il faut considérer le surmenage physique dû au manque de sommeil, la chaleur, le froid, les marches forcées, le mauvais gîte et la nourriture souvent insuffisante qu'on cherche à compenser en se livrant aux excès alcooliques ; en seconde ligne viennent en compte les plus grandes exigences et les plus grands efforts psychiques que nécessite un service dur et plein de responsabilités en face de l'ennemi, puis les émotions et les agitations des batailles. Vient encore le souci de la famille qu'on a laissée à la maison et le souci de son existence, la nostalgie, la perte des parents et des camarades : tous ces éléments psychiques s'accentuent dans l'armée battue par suite de la panique de la retraite, du chagrin patriotique de la cause perdue, par la captivité.

Enfin il y a encore les influences importantes et les préjudices causés par les maladies épuisantes (typhus, dysenterie, etc.) et par les blessures.

L'influence épuisante et anéantissante de la guerre ressort encore nettement de cette fine observation faite par Arndt, qu'au cours de la guerre il se développe chez la majorité des combattants un certain état d'irritabilité nerveuse et d'irritation psychique qui donne lieu à bien des excès, à des actes d'insubordination, et ne disparaît souvent qu'après des mois et même des années de repos. Arndt relève à ce propos comme phénomènes d'épuisement : la facilité à la fatigue, le manque de gaîté, une détente générale, l'incapacité de travailler comme de coutume et par suite un mécontentement contre soi-même et contre tout le monde, le besoin de dormir et l'insomnie, une grande irritabilité, une impressionnabilité à la peur, la production facile des sentiments d'angoisse, les idées sombres, hypocondriaques, allant jusqu'au tædium vitæ.

De cet état neurasthénique à la véritable maladie mentale il n'y a qu'un pas. Un accident minime et accessoire suffit alors pour la provoquer.

EMPRISONNEMENT[2]

C'est un fait établi par la statistique, que l'aliénation mentale est plus

[1] Nasse, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 27, 30. — Ideler, *Ibid.*, 28. — Schröter, *Ibid.*, 28. p. 243. — Arndt, *Ibid.*, 30, p. 64. — Löchner, *Ibid.*, 37. — Fröhlich, *Op. cit.*, p. 308. — Jolly, *Arch. f. Psych.*, III, p. 442.

[2] Moriz, *Casper's Vierteljahrsschr.* 22, p. 297. — Delbrück, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 11. p. 57. — Gutsch, *Ibid.*, 19, p. 21. — Sauze, *Ann. med. psych.*, 21, p. 28. — Delbrück, *Vierteljahrsschr. f. ger. Med.*, 1886, avril. — Nicholson, *Journal of ment. science*, 1873, juillet,

fréquente dans les prisons[1]. La cause en est non seulement dans la captivité elle-même, mais essentiellement dans le genre de vie antérieur et dans certaines prédispositions des criminels. Beaucoup de criminels sont atteints au moment de leur incarcération de troubles psychiques qui n'ont pas été reconnus[2]. Beaucoup ont une tare organique[3] ou sont prédisposés à la maladie par leur vie passée dans la misère, l'ignominie, la malpropreté, la débauche, ou par d'autres causes parmi lesquelles la détention n'est qu'un facteur accessoire.

Il est d'autres éléments importants qui se font sentir en dehors de la captivité : la pauvreté, la misère, les scrupules avant l'acte criminel, la peur de ne pas réussir, la terreur d'être découvert et appréhendé au corps, les peines et les tortures de l'instruction judiciaire et de la condamnation. Il faut y ajouter les facteurs anti-hygiéniques de la prison (manque d'air frais, de mouvement physique suffisant, de nourriture substantielle, masturbation), combinés avec des facteurs psychiques : le chagrin, les remords, le désir de revoir son pays et sa famille, la discipline trop sévère et en même temps trop souvent bigote de l'établissement qui n'individualise pas et enfin la dureté du traitement.

La plupart des maladies mentales se produisent pendant la première et la seconde année de la détention et, d'après Delbrück, les cas chez les criminels d'occasion (passionnels) dépassent de 13 p. 100 le nombre des cas chez les criminels professionnels.

Il faut en chercher la cause dans le repentir et les remords des premiers, sentiments complètement émoussés chez les seconds.

Dans les années suivantes de la détention il se produit une certaine accoutumance et un certain équilibre de la vie psychique.

On a beaucoup discuté sur l'influence des différentes méthodes dans l'application de la peine (prison cellulaire, prison collective). Autrefois l'isolement, d'après le sévère système pensylvanien, avec le mutisme absolu, la fermeture à toute excitation du monde extérieur, a été sans doute cause de bien des cas d'aliénation mentale ; mais si l'on applique la prison cellulaire d'une façon plus humaine, c'est-à-dire si l'on tient compte des besoins physiques et intellectuels du condamné, l'effet qu'elle produit n'est pas plus nuisible que celui de la prison collective, à moins qu'elle favorise l'éclosion d'une affection mentale déjà en voie de formation.

Malgré cela, la prison cellulaire ne convient pas à chaque condamné. Elle est dangereuse pour les gens d'un esprit très borné qui ont besoin des

oct.; 1874, avril, juillet ; 1875. janv., avril (Monographie précieuse des psychopathies des criminels). — Hurel, *Ann. med. psych.*, 1875, mars, mai. — Thomson, *Journ. of mental science*, 1886, oct. — Reich, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 27. — Bär, *Die Gefängnisse, Strafanstalten und Strafsystème*, Berlin, 1871. — Köhler, *Psychosen weiblicher Sträflinge*, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 33, p. 676. — Kirn, *Ibid.*, 37, p. 713.

[1] Thomson, 1, p. 50 ; Lélut, 1, p. 50 ; Gutsch, 3 p. 100 ; Bär, 1 à 3 p. 100.

[2] Bär. *Op. cit.*, p. 215.

[3] Laycock, *Journ. of mental science*, 1868, oct. — Brierre, *Les fous criminels de l'Angleterre*. — Thomson, *Journ. of mental science*, 1870, octobre.

stimulants extérieurs, pour les individus orgueilleux, méfiants, taciturnes, excentriques, qui, même dans la vie ordinaire, passent pour ne pas être d'une nature normale, et enfin pour ceux qui prouvent un profond repentir et qui ont de lourds remords (Bär). Les formes de la folie dans les prisons sont les mêmes que dans la vie ordinaire, mais modifiées par les conditions hygiéniques spéciales, sociales et disciplinaires de l'établissement.

Comme formes modifiées dignes d'être remarquées et particulières aux criminels occasionnels, nous devons citer, outre la mélancolie, la démonomanie, la nostalgie d'origine émotive (remords) et l'hypocondrie (par suite des facteurs anti-hygiéniques de l'établissement), une folie qui se produit surtout dans les prisons cellulaires et qui débute par des hallucinations auditives. Les malades entendent dire qu'ils sont gràciés et que leur peine est terminée.

Ils chicanent pour obtenir leur mise en liberté, ils s'imaginent, leur demande n'étant pas accordée, qu'on les détient illégalement. Le délire de la persécution se développe.

Si, au début de leur maladie, on les transfère dans une prison collective, on obtient une guérison rapide, le trouble étant probablement occasionné par la solitude.

Chez les criminels professionnels, pour la plupart affligés d'une tare organique, on rencontre outre l'imbécillité avec instincts impulsifs, outre la moral insanity, l'épilepsie et les états épileptiques ainsi que des formes de folie périodique, assez fréquemment des états d'excitation coléreuse (*Zuchthausknall*, violence des prisons) avec des explosions de folie furieuse qui se produisent sous l'influence de la privation de liberté et de la discipline de l'établissement, grâce à la grande irritabilité de ces individus tarés.

II. — Causes prédisposantes individuelles.

HÉRÉDITÉ [1]

La cause la plus importante de toutes dans le domaine de l'aliénation mentale c'est la transmissibilité des prédispositions psychopathiques et en général des infirmités cérébrales par la voie héréditaire.

Le fait de l'hérédité des infirmités psychiques et des maladies était déjà connu par Hippocrate. Il n'est, sur ce terrain, qu'un phénomène partiel d'une loi biologique qui joue un grand rôle dans le monde organique et

[1] Lucas, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité*, Paris, 1874. — Morel, *Traité des dégénérescences*, etc. Paris, 1857. — Le même, *Arch. génér.*, 1859, sept. — Le même, *Traité des maladies mentales*, p. 114, 258. — Le même, *De l'hérédité morbide progressive. Arch. génér.*, 1867. — Jung, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 21, 23. — Legrand du Saulle, *Le trouble mental héréditaire*. — Ribot, *L'hérédité*. — Hagen, *Statistiche Untersuchungen*, Erlangen, 1876. — Bollinger, *Ueber Vererbung von Krankheiten*, 1882. — Möbius, *Zeitschr. f. Psych.*, 40, p. 228. — Ball et Regis, *L'encéphale*, 1883.

à laquelle se rattachent même tous les progrès intellectuels de la race humaine.

En dehors de la tuberculose il n'y a guère de terrain pathologique sur lequel l'hérédité se fasse aussi puissamment sentir que sur celui des maladies mentales; il n'y a des différences d'opinion que sur le chiffre de la fréquence de ce phénomène. Les statistiques (Legrand du Saulle, *op. cit.*, p. 4) varient entre 4 et 9 p. 100 pour les cas héréditaires. Avec une telle latitude et un écart aussi considérable, un facteur déterminant, une loi précise ne peuvent guère être posés. La différence d'évaluation ne peut avoir d'autre cause que la différence avec laquelle les uns et les autres ont établi leurs statistiques.

Il importe beaucoup de savoir dans quelles couches de la société on a puisé les données statistiques. Dans les cercles aristocratiques, dans les groupes fermés au contact du monde, dans les communautés religieuses fermées (juifs, sectaires, quakers) où il y a mariage et sélection entre consanguins, la proportion de l'hérédité est plus grande que dans une population fluctuante. Les points de vue des différents statisticiens sont aussi différents les uns des autres. Certains observateurs n'ont admis l'hérédité que quand on pouvait établir l'aliénation mentale chez les ascendants (hérédité directe et homologue). Mais on ne peut pas restreindre à ce point la notion de l'hérédité.

Il faut tenir compte de trois faits :

1° Atavisme. — L'organisation et les particularités physiques et intellectuelles peuvent se transmettre de la première à la troisième génération, sans que la seconde, qui est intercalée, présente les stigmates de la première; partant, les conditions de vie et de santé des grands parents nous intéressent.

2° Ce n'est que dans des cas rares que la véritable maladie est transmise par la voie héréditaire (folie congénitale, syphilis héréditaire); la règle est que le procréateur ne transmet que la prédisposition à la maladie. La véritable maladie ne se déclare que lorsque, sur la base de la prédisposition, des causes adjuvantes se font sentir.

Nous devons donc placer en ligne de compte l'état de santé des consanguins (oncles, tantes, cousins, cousines) et, comme là aussi la loi de l'atavisme existe, les maladies éventuelles des grands-oncles et des grandes-tantes.

3° Ce n'est qu'exceptionnellement qu'une seule et même maladie se développe chez l'ascendant et chez le descendant par la transmission héréditaire des prédispositions morbides. Au contraire il existe une remarquable transformation des types morbides qu'on pourrait presque considérer comme une loi (loi du polymorphisme ou de transmutation).

Les transmutations sont innombrables. Les névroses et les psychoses les plus variées se rencontrent dans les familles héréditairement tarées, simultanément aussi bien que consécutivement à travers les générations, et elles nous apprennent qu'au point de vue biologico-étiologique elles ne sont que les branches d'un même arbre pathologique.

Le fait de la transformation des maladies transmises par hérédité nous

porte à examiner avec soin à quelles formes et à quelles manifestations de la vie nerveuse morbide se rattache la transmissibilité héréditaire d'après son mode d'apparition directe ou modifiée.

α). Il n'y a pas de doute sous ce rapport quand les psychoses existent chez les ascendants et les descendants (hérédité homologue). Dans certains de ces cas la psychose garde dans les deux générations la même forme et se déclare à la suite des mêmes causes occasionnelles, comme la puerpéralité (hérédité uniforme).

β). Un phénomène équivalent et que l'on peut ranger dans cette catégorie, c'est le suicide [1] chez plusieurs générations, c'est-à-dire la prédisposition au suicide, qui est presque toujours due à une mélancolie ou à une constitution névropathique qui n'arrive pas à s'orienter dans les situations embarrassantes de la vie. Les cas de suicide sont surtout probants quand l'ascendant et le descendant se suicident au même âge et dans des circonstances analogues. Il existe même des tableaux généalogiques de familles tarées entièrement éteintes par le suicide [2].

γ). L'influence héréditaire des névropathies constitutionnelles, qu'elles consistent seulement en migraines habituelles ou en hystérie, en neurasthénie ou épilepsie [3], ne peut pas être mise en doute non plus.

Le facteur héréditaire préjudiciable peut se manifester chez les descendants sous forme d'une simple constitution névropathique, ou par la production de névroses, ou aussi par des psychoses qui vont jusqu'à l'idiotie, la forme la plus grave de la dégénérescence héréditaire.

δ). L'influence héréditaire, comme prédisposition à la folie chez les natures pathologiques, a été constatée et établie comme un fait certain.

Certains exaltés, esprits faux et excentriques, originaux, hypocondriaques, ont non seulement des ascendants et des collatéraux atteints de maladies nerveuses et psychiques, mais aussi des descendants névropathes fous et même idiots.

Ces êtres étranges qui, pour la plupart, dès leur enfance, sentent pensent et agissent autrement que les autres hommes, sont en danger continuel de verser dans la folie; ce sont des candidats pour une forme de folie dégénérative par excellence, la paranoïa qui sévit aussi parmi leur descendance d'une façon toute particulière.

ε). Enfin le crime et le vice [4] sont en corrélation héréditaire avec la folie;

[1] Tigges, *Vierteljahrsschr. f. Psychiatrie*, 1868, nos 3, 4, p. 334.

[2] Morel, *Traité des mal. méd.*, p. 404. — Ribot, p. 147. — Lucas, II, 780. *Ann. méd. psych.*, 1844, mai, p. 389.

[3] Trousseau, *Clinique méd.* — Moreau a trouvé que pour 364 épileptiques il y avait des consanguins : épileptiques, 62; hystériques, 17; apoplectiques, 37; fous, 38. 195 fois il y avait eu des convulsions, de la phtisie, de la scrofulose, de l'éclampsie, de l'asthme, de l'ivrognerie, etc., chez les parents et les consanguins. — Martin, *Ann. méd. psych.*, 1878, nov., démontre que les enfants d'épileptiques meurent en grand nombre de convulsions.

[4] Roller, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, I, p. 616. — Heinrich, *Idid.*, 5, p. 538. — Solbrig, *Verbrechen und Wahnsinn*, 1867. — Legrand du Saulle, *Ann. d'hygiène*, 1868, oct. — Despine, *Etude sur les facultés intellect. et morales*, Paris, 1868. — Laycock, *Journ. of mental science*, 1868. — Brierre, *Les fous criminels de l'Angleterre.* — Thomson, *Journal of mental science*, 1870. Voir la littérature dans la folie morale.

cela ressort du fait que la maladie mentale et la dégénérescence nerveuse se rencontrent très fréquemment chez les criminels professionnels, chez leurs consanguins, leurs ascendants et leurs descendants. Le crime, comme phénomène de dégénérescence morale, et la folie, comme phénomène de dégénérescence organique, n'en restent pas moins deux choses opposées. Leur point de contact est uniquement celui-ci : que l'aliénation mentale peut aussi se présenter sous la forme clinique de la dépravation morale et que par erreur on la considère souvent comme telle.

L'ivrognerie[1] aussi doit être classée parmi les éléments qui chargent héréditairement l'individu. Dans ce cas on rencontre rarement une hérédité homologue, mais ordinairement une hérédité hétérogène, les ascendants dégénérés par excès alcooliques donnant la vie à des enfants qui viennent au monde idiots, hydrocéphales ou avec une constitution névropathique, qui périssent très tôt de convulsions, tandis que, chez les survivants, la constitution morbide des centres nerveux produit l'épilepsie, l'hystérie, l'aliénation mentale et précisément les formes les plus graves de la dégénérescence psychique.

Ainsi Marcé nous rapporte le cas d'un ivrogne qui a procréé seize enfants. Quinze ont péri très tôt, le seul qui est resté vivant était épileptique. D'après Darwin les familles d'ivrognes s'éteignent à la quatrième génération. D'après Morel la marche de la dégénérescence est la suivante :

Ire Génération.		Dépravation morale, excès alcooliques;
IIe	—	Ivrognerie, accès maniaques, paralysie générale;
IIIe	—	Hypocondrie, mélancolie, tœdium vitæ, impulsion à l'assassinat;
IVe	—	Imbécillité, idiotie, extinction de la famille.

Un fait surprenant, mais démontré par les recherches de Flemming, Ruer, Demeaux, c'est que même les enfants de parents ordinairement sobres sont fortement prédisposés à l'aliénation mentale et aux maladies nerveuses en général si leur procréation a coïncidé avec l'heure fatale de l'ivresse. Cette funeste influence d'interférence peut se faire sentir même dès la naissance sous forme d'imbécillité et d'idiotie congénitales.

Griesinger a appelé l'attention sur le fait que la génialité[2] est quelquefois combinée avec l'idiotie héréditaire. Moreau a même été jusqu'à déclarer que la génialité est une névrose. Il est hors de doute que les hommes de génie ont souvent des parents et des alliés aliénés ou défectueux psychiquement (la grand'mère et un oncle de Schopenhauer étaient

[1] Comparez l'excellent travail de Taguet, *Sur les conséquences héréditaires de l'alcoolisme. Ann. méd. Psych.*, 1877, juillet. — Morel, *Traité des dégénérescences*, p. 166. — Jung. *Allg. Zeitschr. f. psych.*, 21, p. 535, 626. — Bär, *Alkoholismus*, 1878, p. 360.

[2] Comparez Hagen, *Ueber Verwandtschaft des Genie mit dem Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 33, fasc. 5 et 6. — Maudsley, p. 309. — Moreau, *Psychologie morbide*, 1859. — Radenstock, *Genie und Wahnsinn*, Breslau, 1884.

idiots) et qu'eux-mêmes ils procréent des enfants faibles d'esprit et même idiots. Il semble que l'organisation plus élevée et plus affinée des éléments nerveux arrive à un développement supérieur quand il y a interférence de conditions favorables, et à la dégénérescence psychique quand les conditions sont défavorables.

Une question[1] fort discutée encore est celle de savoir si la parenté consanguine trop proche doit être considérée comme un facteur de dégénérescence héréditaire. Les expériences des éleveurs de bétail qui, il est vrai, ne prennent pour leur sélection que des animaux sans défauts, ainsi que les arbres généalogiques de la dynastie des Ptolémées, plaident contre cette théorie. Il est possible que la parenté consanguine reste longtemps sans influence tant que les individus qui s'accouplent sont indemnes d'éléments dégénératifs. Dans le cas contraire, une dégénérescence rapide se produira certainement.

D'après les recherches de Boudin les mariages entre consanguins ont souvent pour conséquences : la stérilité, les fausses-couches, des descendants névropathes d'une petite vitalité et de constitution lymphatique, la scrofulose, la tuberculose; puis des monstruosités (doigts et orteils en trop, spina bifida, pied bot, bec-de-lièvre, etc.), l'albinisme (qu'on peut produire par voie expérimentale chez les animaux en accouplant sans cesse des consanguins), la rétinite pigmentaire (Liebreich), la surdi-mutité et celle-ci est en rapport avec le degré de la parenté consanguine. Si le risque de créer un enfant sourd-muet dans les mariages ordinaires est désigné par le chiffre 1, cette probabilité monte au chiffre 18 dans les mariages entre cousins, à 37 dans les mariages entre oncle et nièce et à 70 dans les mariages entre neveu et tante, tandis que la transmission directe de la surdi-mutité par hérédité est très rare (Ménière). Souvent aussi il existe chez les issus de mariages entre consanguins des maladies mentales (Esquirol) et des épilepsies (Trousseau).

Enfin on ne peut mettre en doute que tout ce qui affaiblit le système nerveux et la force de procréation du générateur, que ce soit l'âge trop précoce ou trop avancé, des maladies épuisantes antérieures (typhus, syphilis, tuberculose), des cures mercurielles, des excès d'alcool ou des excès sexuels, le surmenage, etc., peut produire une constitution névropathique et indirectement toutes sortes de maladies nerveuses chez les descendants.

L'importance de l'hérédité en psychiatrie apparaît bien nettement quand on suit à travers les générations le sort des familles atteintes de maladies psychiques[2].

[1] Darwin, *Mariages consanguins*, traduc. allemande de Velde, 1875. — Devay, *Du danger des mariages consanguins*, Paris, 1857. — Boudin, *Ann. d'hyg.*, 2e sér., XVIII, p. 42. — Mitchell, *id.*, 1865; *Allg. Zeitschrift f. Psych.*, 1850, p. 359. — Bauregard, *Ann. d'hyg.*, 1862, p. 226.

[2] Comparer les tableaux intéressants de Bird, *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 7, p. 227. — Taguet, *Ann. méd.psych.*, 1877, juillet. — Doutrebende, *Ibid.*, 1869, sept., nov. (*Schmid's Jahrb.*, 145, 3).

Le tableau généalogique ci-dessous pris dans mes observations personnelles pourrait nous en fournir un exemple bien frappant :

1re GÉNÉRATION	2e GÉNÉRATION	3e GÉNÉRATION	4e GÉNÉRATION	5e GÉNÉRATION
Père aliéné. Mère saine.	Fille, enfant unique, atteinte d'aliénation mentale.	1re fille, aliénée.	1re fille, sort inconnu.	?
			2e fille, aliénée.	Néant.
			3e fils, manie-démence.	Néant.
		2e fille, saine.	7 enfants sains.	?
		3e fille, aliénée.	1er fils, aliéné, suicide.	Néant.
			2e fille, imbécile.	Néant.
			3e fille, folie périodique.	Néant.
		4e fille, saine.	2 fils, sort inconnu.	?
		5e fils, aliéné.	Néant.	Néant.
		6e fils, aliéné.	1er fils, sain.	?
			2e fils, aliéné.	Néant.
			3e fille, saine.	Fille aliénée
		7e fils, sain.	3 enfants sains.	?
		8e fils, sain.	5 enfants sains.	?

Ainsi sur ces 37 individus issus d'ancêtres aliénés, il y en a 13 atteints de maladies mentales et 24 sains (?); cependant on ne possède sur quelques individus des deux dernières générations aucun renseignement et d'autres sont encore très jeunes.

Un coup d'œil rétrospectif sur tous les faits que nous venons de citer nous montre l'aliénation mentale comme un phénomène de dégénérescence dont les causes doivent être cherchées dans des prédispositions morbides congénitales et transmises par le germe générateur, expression d'états cérébraux morbides hérités par l'ascendance, ou dans des lésions de l'existence cérébrale individuelle contractées pendant la vie.

La prédisposition morbide, l'infirmité ou la véritable maladie, engendrées par un de ces facteurs, montrent, suivant la loi biologique de l'hérédité, une tendance très prononcée à se transmettre sous une forme quelconque à la descendance.

Le mode de transformation par la voie de la transmission héréditaire, la forme spéciale de l'infirmité nerveuse ou psychique, dépendent de circonstances individuelles ou extérieures, et souvent accidentelles. Ici la science n'est pas encore arrivée à pouvoir formuler une loi.

En général on peut seulement dire que si deux individus tarés se réunissent pour procréer ou si à la constitution défavorables d'un des générateurs s'ajoutent des conditions défavorables interférentes (ivrognerie, influences débilitantes, etc.), la tare de la descendance devient de plus en plus lourde par la transmission continuelle des éléments psychopathiques dégénératifs, la dégénérescence arrive progressivement au degré le plus grave. Alors les névropathies font naître les psychoses qui, au début, sont encore assez bénignes et conformes au type des psycho-névroses, mais qui deviennent de plus en plus dégénératives (folie circulaire, périodique, morale, impulsive) jusqu'à ce que finalement se produise l'idiotisme. Alors

la nature procède à l'extinction de la famille pathologique qui perd la faculté physiologique de se reproduire.

Par contre, à un certain degré, une régénération est encore possible par le croisement avec le sang sain d'une famille indemne, par l'interférence de conditions d'existence favorables. Les formes de la maladie deviennnent alors de plus en plus bénignes, et si l'on continue le croisement, le germe dégénératif peut disparaître tout à fait.

Une prédisposition congénitale peut d'ailleurs se produire sans aucune influence héréditaire. Ainsi, par exemple, les anomalies de la forme du crâne et du développement cérébral peuvent être la conséquence d'un rachitisme du bassin chez la mère (Zuckerkandl); la dégénérescence cérébrale peut être causée par des maladies cérébrales fœtales (porencéphalie) par des traumatismes, peut-être aussi par de vives émotions de la mère pendant la grossesse, par l'âge trop précoce ou trop avancé des générateurs (Emminghaus, *Op. cit.*, p. 323).

La question intéressante de savoir s'il existe une folie héréditaire comme forme clinique, n'est pas résolue, bien que Morel y ait répondu par l'affirmative [1].

En ce qui concerne cette question il faut insister sur la différence qui existe entre la simple prédisposition héréditaire (prédisposition latente) et la tare héréditaire, c'est-à-dire le cas où le facteur héréditaire intervient d'une manière déterminante dans le développement physique et intellectuel de l'individu.

La folie dans le cas de simple prédisposition héréditaire ne diffère des cas non héréditaires que par sa manifestation dans le jeune âge, par son explosion à la suite de causes accidentelles et souvent futiles, par la manière brusque de l'explosion et par la rapidité de la terminaison ainsi que par le pronostic plus favorable.

Dans les degrés de transition de la folie héréditaire dégénérative, les formes deviennent plus graves, plus organiques, et certains caractères de la dégénérescence (stupeur, actes impulsifs, périodicité), se manifestent.

CONSTITUTION NÉVROPATHIQUE [2]

Après la prédisposition héréditaire l'élément le plus important de la prédisposition individuelle est cette constitution particulière des éléments nerveux qu'on désigne sous le nom de constitution névropathique et qui consiste en ce que l'équilibre des fonctions est excessivement instable et est troublé par les moindres excitations, puis en ce que la réaction aux excitations quelconques est excessivement intense et prolongée, mais bientôt suivie de lassitude.

[1] Comp. Emminghaus, *Allg. Psychopatol.*, p. 322.

[2] Griesinger, *Arch. f. Psychiat.*, I, p. 1.; pour les ouvrages plus récents sur la neurasthénie surtout Beard, *Die Nervenschwäche*, Leipzig, 1881.

Cet état de « faiblesse irritable » rend possible l'influence d'excitations qui, chez les personnes qui ne sont pas névropathes, ne produiraient aucun effet ou du moins pas un effet aussi intense; c'est ce qui explique aussi pourquoi les lésions les plus minimes peuvent si facilement provoquer la maladie.

La constitution névropathique est ou congénitale ou acquise. Dans le premier cas elle naît sur le terrain héréditaire et constitue l'expression fonctionnelle d'un commencement de dégénérescence des éléments nerveux qui appartiennent à l'organisation la plus supérieure.

Elle peut cependant être congénitale même chez les descendants d'ascendants qui n'ont aucune tare héréditaire et alors elle est la conséquence de facteurs qui affaiblissent les générateurs au moment de la procréation (par exemple, les maladies graves récentes, la syphilis et le traitement par le mercure chez le père), ou de lésions qui se manifestent dès la vie fœtale (maladies, troubles de la nutrition, débauches de la mère, etc.).

Souvent la constitution névropathique est acquise aussi bien par des maladies épuisantes graves comme le typhus, les accouchements fréquents et difficiles, les hémorragies, les excès sexuels, notamment la masturbation, que par le surmenage physique et intellectuel aggravé par des émotions. Les maladies aiguës graves de l'enfance (exanthème aigu, affections cérébrales, etc.) peuvent aussi la produire.

ÉDUCATION

En dehors de son organisation cérébrale, c'est au mode d'éducation que l'homme doit le caractère spécial de son existence psychique. Parfois l'organisation et l'éducation coopèrent à former des prédispositions psychopathiques quand les parents ne se bornent pas à léguer à leurs enfants une mauvaise constitution organique par la voie de la génération, mais que, atteints eux-mêmes de passions morbides, de défectuosités morales et d'excentricités par suite de leur propre constitution organique, ils transmettent par le mauvais exemple et une éducation défectueuse leurs excentricités et leurs défauts à leurs enfants.

C'est ainsi que peuvent naître les causes de l'hystérie, de l'hypocondrie, de l'ivrognerie.

Si nous nous demandons comment une mauvaise éducation peut créer des prédispositions à l'aliénation mentale, nous devons citer en première ligne :

1° Un traitement trop sévère de l'enfant, être impressionnable, dont le cœur est si sensible et a tant besoin d'affection. Par la dureté et la brutalité non seulement on détruit dans leur germe et on empêche le développement des sentiments, mais encore on produit un terrain propice aux rapports douloureux avec le monde extérieur, allant jusqu'au tædium vitæ, et à la formation d'un caractère renfermé et farouche.

2° Une éducation trop indulgente qui ne sait rien refuser et sait tout

excuser, et qui, par là, favorise le développement de l'entêtement, des passions et des affections sans frein, l'absence d'empire sur soi-même et d'abnégation. Il est rare que les enfants gâtés deviennent des hommes de valeur. La vie sociale exige un empire sur soi-même, la soumission à la majorité, une force de résistance contre les orages de la vie, et la résignation. Quand ces qualités manquent, les déceptions, les amertumes et les émotions pénibles ne sont pas épargnées à l'homme. Parfois la rude école de la vie corrige plus tard les défauts de l'éducation et forme le caractère, mais cela ne se fait pas sans de grands bouleversements qui deviennent funestes pour l'équilibre psychique de bien des gens.

3° Réveil et mise à contribution précoces des forces intellectuelles au détriment du développement des sentiments, de l'ingénuité enfantine et de la santé physique. Cette cause se fait doublement sentir quand des talents brillants souvent exclusifs, comme on en rencontre précisément chez les enfants à prédisposition névropathique héréditaire, flattent l'amour-propre des parents et des tuteurs et les engagent à maintenir en tension les forces intellectuelles de l'enfant prodige. Ce n'est que rarement que ces enfants précoces et si brillamment doués deviennent plus tard bons à quelque chose, quand on les traite comme des plantes de serre chaude. Dans les cas les plus favorables ils se développent dans un sens exclusif et deviennent des « génies partiels » avec un corps débile; mais souvent ils s'arrêtent subitement dans leur développement, notamment à l'époque de la puberté et ne font plus aucun progrès.

En général, il faut considérer l'éducation des enfants des classes supérieures comme manquée à bien des points de vue. L'enfant connaît trop tôt la lutte pour l'existence sous la forme des exigences exorbitantes de l'école qu'il est forcé de satisfaire au détriment de son sommeil et de son développement physique.

C'est de cette façon que l'individu peut acquérir une constitution névropathique et par là préparer le terrain d'une aliénation mentale qui se déclarera ultérieurement. Ce n'est pas une habitude moins dangereuse de mêler les enfants trop tôt à la compagnie des adultes réunis pour se distraire. L'enfant se blase trop tôt, séduit par les plaisirs sexuels et par les excès anticipés qui troublent fortement son développement intellectuel et physique.

CHAPITRE II

CAUSES OCCASIONNELLES OU ADJUVANTES

I. — Causes psychiques [1].

Sans doute les émotions peuvent donner naissance à la folie, de même qu'elles sont les causes occasionnelles de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée, de la paralysie, de l'aphasie, et qu'elles peuvent tuer [2], par paralysie brusque du cœur et de la respiration; d'autre part, elles peuvent aussi occasionnellement amener la guérison des maladies psychiques, des atrophies de la volonté, des états d'aphasie, etc. L'action puissante des émotions sur les centres vaso-moteurs et moteurs est un fait constaté; et c'est ce qui explique la puissance de ces mouvements psychiques.

Mais de là il y a encore loin à l'aliénation mentale. L'opinion des profanes, notamment des auteurs dramatiques et des romanciers, qui font naître la folie des passions et des émotions violentes, a le défaut de ne voir qu'une seule face des choses. Il y a des cas, c'est vrai, où une affection violente, habituellement la terreur [3], provoque presque immédiatement l'aliénation mentale (stupeur, démence primaire, folie furieuse). Mais, comme dans les cas d'épilepsie analogues, il existe toujours une forte prédisposition névropathique (ordinairement héréditaire) ou une excitabilité du cerveau temporairement accentuée (menstrues, puerpéralité). L'élément psychique agit comme un choc, trouble l'innervation vaso-motrice (spasme, atrophie), et par suite la circulation et la nutrition du cerveau.

Ordinairement l'élément psychique émotif qui a une importance étiologique n'est pas suivi immédiatement de la psychose; il faut, pour que cette dernière se produise, un espace de temps plus ou moins long pendant lequel l'individu atteint paraît, il est vrai, ressaisir son équilibre psychique; mais, en revanche, il devient maladif, dépérit, souffre de troubles

[1] Obersteiner, *Vierteljahrsschr. f. Psych.*, 1867, p. 171. — Schüle, *Handb.*, p. 248. — Védie, *Ann. méd. psych.* 1874, janvier. — Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 218.

[2] Hoffmann, *Lehrb. d. ger. Med.*, 2e édition, p. 693. — Schauenstein, *Maschka's Handb. d. ger. Med.*, p. 809.

[3] Binswanger, *Charité-Annalen*, 1881, VI, p. 401. — Fritsch. *Jahrb. f. Psych.*, II, fasc. 1.

de la digestion, de la menstruation, d'anémie, d'insomnie, de tuberculose. Les intermédiaires entre la cause et l'effet sont précisément ces troubles de la nutrition qui, finalement, entraînent dans leur sphère d'action l'organe psychique.

La prédisposition somatique ou psychique antérieure favorise l'explosion ; cependant, l'influence de l'élément psychique qui mine la constitution peut produire la maladie mentale sans qu'il y ait prédisposition préalable.

Cela est d'autant plus facilement réalisable que la cause psychique agit d'une façon chronique (chagrins de famille).

Même quand une seule émotion ne mène qu'après des semaines ou des mois à l'aliénation mentale, il existe généralement une prédisposition, ou bien le choc émotif est si brusque et si intense que le groupe des représentations émotives provoque des névralgies (Schüle) ou devient une représentation obsédante et prend un caractère fixe. L'expérience nous apprend que ce sont presque exclusivement les émotions déprimantes (décès, perte de la fortune, graves atteintes à l'honneur, etc.) qui mènent à la folie.

Les causes diffèrent suivant les sexes et l'individualité. Chez la femme, c'est une atteinte brutale à l'honneur sexuel[1] (viols) ou l'action lente mais d'autant plus troublante d'un amour malheureux, des malheurs conjugaux, de la jalousie, de la perte des enfants ; chez l'homme, ce sont les efforts qui restent stériles, les vocations forcées, l'amour-propre blessé, les ruines financières qui font sentir leur influence.

Souvent les mauvais traitements corporels et, à notre époque, les accidents de chemin de fer provoquent des maladies psychiques (névrose traumatique).

Parfois les influences mécaniques et traumatiques jouent un rôle étiologique, mais ordinairement c'est le choc psychique combiné avec l'atteinte physique qui exerce une action décisive. La pathogénie est psychique par suite de l'émotion douloureuse produite par les mauvais traitements ; à son tour cette émotion peut être entretenue par la douleur d'une blessure, la crainte des conséquences possibles, par le sentiment qu'on est lésé dans son honneur, par l'influence émotionnante des dépositions devant les juges, etc. (mélancolie, dépression hypocondriaque, hystérie, etc.) ; ou bien l'origine peut être motrice par suite de la crampe vasculaire ou de l'atrophie vasculaire produites par la terreur (stupeur, démence primaire, mélancolie atonita, folie furieuse aiguë).

Les cas dus à des causes purement psychiques sont ceux qui se manifestent après un stuprum. (Compulser le *Manuel de psychopathologie médico-légale* de l'auteur, troisième édition, pages 409-412, et le chapitre *Folie transitoire* de ce traité.)

Les hallucinations transitoires et les délires avec hallucinations effrayantes qu'on observe chez certains malades après l'opération de la

[1] Voir Krafft, *Vierteljahrsschr. f. Med.*, N. F., XXI, fasc. 1, p. 60.

cataracte ou d'autres opérations sur les yeux[1], ou même quand ils ferment simplement les yeux ou se trouvent dans une chambre obscure, sont probablement le résultat essentiel de l'épouvante.

D'après mes observations, il s'agit, dans ce cas, d'imbéciles d'une émotivité anormale ou d'individus épuisés par le senium, l'alcool ou des influences débilitantes.

Parmi les causes psychiques de l'aliénation mentale, il faut aussi compter la transmission de la maladie par imitation (contagion)[2], comme les cas d'hystérie, d'hypocondrie produits par la contagion, cas bien connus dans la pathologie nerveuse.

Dans ces cas[3], il y a toujours une forte prédisposition, soit héréditaire, soit par l'homogénéité des conditions sociales (famine, agitation religieuse ou politique), mais il est possible aussi, comme l'a constaté Nasse, que les fatigues qu'on éprouve à soigner les aliénés, surtout des parents agités, brisent les forces physiques et intellectuelles.

Si la prédisposition manque, la fréquentation des aliénés, quand elle a un but scientifique ou humanitaire, n'a guère d'influence préjudiciable sur la santé de l'esprit. En effet, les employés des asiles d'aliénés sont rarement atteints d'aliénation mentale et, quand le cas se présente, la maladie se déclare dans des conditions qui sont bien en dehors de la sphère de leur métier ; il est vrai cependant que la profession d'aliéniste ou de garde-malade présente des dangers pour la santé psychique des personnes tarées.

II. — Causes physiques.

AFFECTIONS CÉRÉBRALES

Méningite. — L'aliénation mentale est l'expression des troubles de la nutrition de l'écorce cérébrale, troubles qui peuvent aller jusqu'à la dégénérescence.

La connexité anatomique et fonctionnelle qui existe entre les vaisseaux sanguins de la pie-mère et l'écorce cérébrale, explique le fait que les hyperhémies et les modifications histologiques de la pie-mère peuvent produire des troubles de la nutrition dans l'écorce cérébrale et par là des troubles psychiques.

[1] Voir Frankl-Hochwart, *Jahrb f. Psychiatrie*, IX, fasc. 1 et 2 (avec citations des ouvrages jusqu'en 1889).

[2] Finkelnburg, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 18. — Lasègue et Falret, *La folie à deux ou la folie communiquée. Ann. méd. psych.*, 1877, nov. — Nasse, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 28, p. 591. — Cramer, *Ibid.*, 29, p. 218. — Witkowsky, *Ibid.*, 35, p. 491, *Ueber Veitstanz des Mittelalters und über psych. Infektion.* — Lehmann, *Arch. fuer Psych.*, XIV.

[3] Il faut ranger dans cette catégorie les épidémies de folie dans les couvents, la folie de la persécution en Suède, l'épidémie hystéro-démonopathique de Morzine, l'épidémie hystéropathique récemment décrite par Seeligmüller dans l'*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 33.

Tel est le cas dans la méningite quand elle prend une forme chronique et que par ses exsudats elle provoque des troubles de nutrition et des phénomènes d'irritation dans l'écorce cérébrale (démence et fureur intercurrente).

La méningite tuberculeuse prend souvent chez les adultes une forme subaiguë et présente l'aspect d'une psychose presque sans fièvre. La pachyméningite interne hémorragique[1] peut aussi faire éclater des troubles psychiques (démence primaire progressive avec ataxie générale, parésie et états d'agitation furieuse intercurrents, accès épileptiques et apoplectiques).

Maladies en foyer du cerveau. — Les changements anatomiques qui forment la base de la maladie psychique, sont diffus et non localisés.

Les maladies cérébrales en foyer, si elles n'affectent pas l'écorce, peuvent se produire sans amener aucun trouble psychique. Mais souvent cette complication a lieu, soit parce qu'elles sont multiples (sclérose, apoplexies capillaires, etc.), soit parce que par pression, excitation, dégénérescence secondaire du vaisseau, œdème, etc., elles produisent des troubles de la circulation et de la nutrition dans l'écorce cérébrale, ou qu'elles atrophient la zone cérébrale atteinte y compris la zone corticale.

Le tableau clinique est, dans ces cas, celui d'une imbécillité progressive avec atrophie et agitation périodique passagère causée par des irritations et des troubles de la circulation qui se produisent de temps en temps.

Comme maladies de ce genre il faut citer : l'apoplexie cérébrale[2], l'athérome des artères cérébrales avec foyers de ramollissement encéphaliques[3], la sclérose cérébrale multiple[4], les tumeurs[5], les cysticerques et les échinocoques[6].

Un groupe important au point de vue étiologique, est formé par les cas

[1] Huguenin, *Ziemssen's Handb.*, XI, p. 342.

[2] Rochoux, *Recherches sur l'encéphale.* Il peut s'agir de grands foyers apoplectiques isolés ou d'embolies ou d'hémorragies miliaires multiples. Cliniquement il y a imbécillité progressive avec des atrophies du foyer. Il y a d'une manière interrcurente des états d'agitation psychique, des délires, des hallucinations, de la peur, des accès épileptiques. Parfois il se produit une guérison du foyer apoplectique avec atrophie consécutive du cerveau et débilité psychique stationnaire.

[3] Voir Démence sénile. (*Pathologie spéc.*)

[4] Otto, *Deutsches Archiv.*, X, p. 550. — Leube, *Ibid.*, VIII. p. 1. — Sehüle, *Ibid.*, VII, VIII. Dans ce cas, débilité psychique constante, se déclarant très tôt avec caractère enfantin et pleurnicheur; au cours de la maladie, souvent profonde mélancolie intercurrente avec tædium vitæ, parfois aussi délires de persécution et de grandeur; idiotie terminale.

[5] Ladame, *Symptomatik und Diagnostik der Hirngeschwülste*, 1865. — Obernier, *Ziemssens Handb.*, XI, p. 195. — Nohtnagel, *Topische Diagnostik der Hirnkrankheiten*, 1879. — Wernicke, *Lehrb. der Hirnkrankheiten*. Ici démence progressive avec paralysie générale et phénomènes en foyer (paralysies, convulsions). Folie furieuse intercurrente possible. La tumeur peut aussi avoir l'aspect clinique d'une forme diffuse de la démence paralytique (*Gaz. des Hôpitaux*, 1857).

[6] Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 18. — Knoch, *Ibid.*, 21. — Meschede, 26, 30. — Wendt, 25. Le siège préféré du cysticerque est l'écorce cérébrale, celui des échinocoques est le ventricule. Ici démence progressive avec accès intercurrents apoplectiques et épileptiques. — Otto, *Zeitschr. f. Psych.*, 41, p. 111.

dus aux lésions de la tête [1]. Dans la pathogénie de cette « folie traumatique », les processus chroniques méningitiques et encéphaliques jouent certainement un rôle considérable. Ce sont tantôt les suites directes de l'irritation produite par le trauma, tantôt des inflammations propagées par une lésion circonscrite de la boîte cranienne, des méninges ou du cerveau (foyers apoplectiques, abcès du cerveau), tantôt des fluxions sans cesse réitérées du cerveau profondément troublé dans son tonus vasculaire, qui provoquent ces changements.

Les psychoses qui se produisent alors ont toutes le caractère d'une psychose idiopathique grave ; elles sont souvent compliquées de troubles moteurs, vaso-moteurs, et sont sensitifs et généralement de pronostic défavorable.

Elles suivent le trauma, ou bien elles ne se déclarent qu'après des semaines, des mois et même des années.

Dans le premier cas, aux phénomènes de la commotion s'ajoutent les symptômes d'une excitation cérébrale (maux de tête, vertiges, sentiment d'angoisse, hallucinations, pupilles étroites, grincements des dents), avec troubles moteurs (troubles de la coordination, paralysies circonscrites) et sensitifs (hyperesthésie cutanée et sensorielle) qui bientôt disparaissent tout en laissant subsister les troubles moteurs, et avec le retour périodique des états d'excitation (peur, hallucinations) font place à une diminution considérable des fonctions psychiques.

Dans quelques cas il y a guérison (Huguenin, Wille), mais ordinairement il reste une démence (péri-encéphalo-méningite chronique) avec une grande irritabilité pouvant même aller jusqu'aux stades extrêmes de la décadence psychique.

Quand l'aliénation mentale ne complique pas immédiatement les symptômes du trauma capitis, la connexité entre les deux états est établie par un stade plus ou moins long d'excitation cérébrale comme expression du trouble cortical diffus (processus périencéphaliques, calcification des cellules ganglionnaires, ecchymoses du glias, infiltration des cellules de Durand-Fardel, etc.) et qui est provoquée par les extravasats en voie de transformation, par les kystes, par l'irritation des esquilles osseuses, etc. ; ou bien le trouble cortical est provoqué par des congestions souvent réitérées et auxquelles le cerveau affaibli par le trauma est particulièrement prédisposé.

Comme symptômes de ce stade prodromique dans la sphère psychique, il existe d'abord une irritabilité très accentuée, un changement du caractère dans le mauvais sens, un penchant au vagabondage et aux excès, ce qui hâte l'explosion de la maladie. Dans les cas qui donnent lieu au développement ultérieur de la démence paralytique, les phénomènes prodromiques consistent en symptômes d'épuisement cérébral (faiblesse de la

[1] Voir Krafft, *Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten*. Erlangen, 1868 (citations des ouvrages). — Guder, *Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen*, Iéna, 1868 (précieuse monographie clinique et médico-légale ; citations des ouvrages modernes).

mémoire, apathie de l'esprit). A côté de ces symptômes psychiques, il y a souvent des maux de tête, du vertige, des plaintes confuses, une difficulté à penser, des hyperesthésies optiques et acoustiques, des congestions spontanées ou se produisant pour des raisons insignifiantes, avec accentuation nette de tous les symptômes d'irritation cérébrale.

Les psychoses que l'on observe alors offrent un tableau clinique semblable à celui de la démence paralytique, ou bien ce sont des manies furieuses à explosion subite, avec fluxions violentes, retour périodique ou souvent rechutes fréquentes, ayant pour dénouement la démence avec irritabilité violente, ou encore des folies épileptiques (très souvent cicatrices calleuses et adhérence des méninges avec le crâne).

Le trauma capitis peut encore avoir une certaine conséquence par ce fait, que bien qu'il ne provoque pas une véritable maladie mentale, il fait pour toujours du cerveau un locus minoris resistentiæ et crée par là une prédisposition aux maladies mentales occasionnelles. Nous n'avons pas encore établi clairement à quoi tient l'influence débilitante du trauma ; il atteint d'abord l'innervation des vaisseaux et diminue la force de résistance des vaso-moteurs. Cette prédisposition, acquise par un ictus traumatique, se manifeste habituellement par une tendance aux fluxions, par l'intolérance pour les alcools et la chaleur, souvent aussi par une fatigue facile de l'esprit, et par une grande irritabilité d'humeur. Ordinairement les phénomènes occasionnels (émotions, potus, troubles causés par la chaleur) qui diminuent l'innervation vaso-motrice, amènent alors la psychose. Cette dernière peut évoluer sous différentes formes (manie, délire des persécutions, mélancolie, paralysie générale).

Là encore on peut toujours reconnaître plus ou moins nettement le caractère d'une psychose idiopathique et, à côté des symptômes psychiques, il y a notamment des phénomènes de congestion, des maux de tête, du vertige.

Aux cas d'aliénation causés par les traumatismes de la tête il faut ajouter ceux où l'extension lente d'une excitation inflammatoire du rocher[1] (otite interne) aux méninges et au cerveau provoque des troubles psychiques. Ici aussi il s'agit de maladies idiopathiques graves qui pour la plupart mènent à la mort (manies).

Des phénomènes caloriques[2] (insolation, chaleur rayonnante des foyers de chauffage) peuvent causer aussi des maladies mentales (délire aigu, démence progressive avec grande irritabilité et agitation anxieuse intercurrente, démence paralytique). La cause dans ces cas est probablement l'hyperhémie produite par les phénomènes caloriques, hyperhémie qui,

[1] Jacobi, *Die Tobsucht*, p. 652. — L. Meyer, *Deutsche Klinik*, 1855. — Schüle, *Handb.*, p. 270 (cas très intéressant de paralysie classique guérie à la suite de la production d'un écoulement de l'oreille, épais, purulent et fétide). Cas de thrombose du sinus. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 22, p. 444.

[2] Skae, *Edinb. med. Journ.*, 1865, fév. — Passauer, *Vierteljahrsschr. f. ger. Med.*, N. F. VI, fasc. 2. — Bartens, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 47, fasc. 3. — Arndt, *Wirchow's Archiv.*, 64. — Victor, *Zeitschr. f. Psych.*, 40, p. 55.

à son tour, amène des processus inflammatoires dans le cerveau (œdème trouble précurseur de l'encéphalite parenchymateuse. — Arndt, *Wirchow's Archiv*) et les méninges (pachy et leptoméningite). Les prodromes de la folie causée par la chaleur sont des phénomènes d'hyperhémie cérébrale (mal de tête, lourdeur et pression à la tête, irritabilité, paresse intellectuelle et incapacité pour le travail intellectuel, insomnie).

MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE[1]

Au cours du tabes on observe souvent des troubles psychiques. A côté d'une dépression psychique élémentaire intercurrente et outre une démence tabétique progressive qui parfois accompagne le tabes dès le début (Westphal, *Wirchow's Archiv*, 1867; Simon, *Arch. f. Psych.*, I., obs. 2, 3, 5), et dans laquelle Simon a constaté une sclérose de la substance médullaire, on trouve assez souvent des psychoses comme phénomènes terminaux du tabes, notamment la démence (atrophie cérébrale, pachyméningite — Simon), la démence paralytique (Westphal, *Allg. Zeitschrift. f. Psych.*, 20, 21), le délire des persécutions et la mélancolie. La cause productrice de ces maladies doit être probablement due aux troubles d'innervation vasomotrice causés par le processus tabétique.

AFFECTIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES[2]

Comme dans les cas de tétanos et d'épilepsie dus à une lésion des nerfs périphériques, les psychoses peuvent aussi se produire par la transmission réflexe de l'excitation périphérique à l'écorce cérébrale, soit directement, soit par réflexe vaso-moteur, à la suite des troubles de circulation qui résultent de cette transmission.

A côté de cas plus anciens, cités par Jördens, Zeller et Griesinger, Köppe a prouvé qu'une névralgie traumatique peut provoquer des psychoses réflexes sans qu'il existe aucune lésion du cerveau. Dans certains cas on a même réussi à obtenir la guérison par l'excision de la cicatrice. Très instructif est encore le cas de Wendt dans lequel, à la suite d'une lésion du nerf auriculo-temporal gauche par un coup de fusil, des accès de délire épileptoïde se produisaient[3] toutes les fois qu'il y avait recrudescence des douleurs dans le trajet du nerf.

Ordinairement on se trouve en présence d'une constitution névro-psycho-

[1] Voir Krafft, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 28. — Tigges, *Ibid.*, 28, p. 245. — Steinkühler, *Ueber die Beziehungen von Gehirnkrankheiten zur Tabes*. Diss. Strasburg, 1872. — Rey, *Ann. méd. psych.*, 1884, sept. — Moeli, *Zeitschr. f. Psychiatrie*, 37.

[2] Köppe, *Deutsches Arch. f. Klin. Med.*, XIII. — Wendt, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31. — Morel, *Traité des malad. ment.*, p. 146. — Brodie, *Lectures on certain local nervous affections*. London, 1837.

[3] Comparez les trois cas de folie épileptoïde rapportés par Fürtsner (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 38, p. 682).

pathique qui rend l'écorce cérébrale vulnérable et accessible à l'excitation périphérique. L'effet débilitant que le trauma qui a provoqué la névralgie, produit sur le cerveau tout entier, notamment sur l'innervation vasomotrice, doit être ici pris en considération au point de vue pathogénique.

Dans quelques cas plus rares il faut aussi mettre en ligne de compte étiologique le facteur psychique, le choc émotif (panique, colère) produit par le mauvais traitement.

La preuve clinique de la connexité qui existe dans ces cas entre le traumatisme et la névralgie résulte de l'historique de leur origine, du retour de la névralgie, comme aura, avant et après chacun des accès psychiques, de la possibilité de ramener parfois ces accès en provoquant artificiellement la névralgie (par la pression) et enfin des succès du traitement (excision de la cicatrice, anesthésie locale). L'explosion de la folie a lieu peu de temps après le trauma; le tableau clinique de la maladie n'est pas uniforme; habituellement elle a un caractère épileptoïde, hystéro-épileptique ou hypocondriaque et mélancolique.

INTERVENTIONS OPÉRATOIRES[1]

Outre les psychoses qu'on a constatées à la suite des opérations sur les yeux, on en a encore observé souvent, après d'autres interventions opératoires, surtout à la suite des castrations. La pathogénie en est variée. Outre la constitution névropathique et la névrose qui agissent comme causes prédisposantes, la névrose pouvant dans ce cas être ou indépendante ou en corrélation avec la maladie qui a nécessité l'opération, il faut encore considérer comme très importants : l'agitation psychique qui souvent précède et accompagne l'intervention opératoire, le choc mécanique et la perte de sang amenés par l'opération, l'influence de la chloroformisation, l'effet toxique de certains produits (iodoforme) pendant le traitement ultérieur, et enfin, quand il s'agit de castration, la ménopause produite brusquement par cette mutilation.

Les psychoses qui se déclarent après les opérations sont pour la plupart précoces et transitoires. Les états maniaques sont de beaucoup les plus fréquents (Gucci). Le pronostic est douteux. Un autre groupe est représenté par les cas de folie aiguë qui sont évidemment la manifestation d'une intoxication par l'iodoforme, ou à la suite de la narcose chloroformique (Savage.)

Les psychoses qui se manifestent après la castration chez les femmes[2], et qu'on pourrait considérer comme des psychoses de la ménopause arti-

[1] Gucci, *Rivista sperimentale*, XV, XVI. — Dent, *Journ. of mental science*, 1889, avril. — Savage, *British. med. Journ.*, 1887, n° 1405.

[2] Glävecke, *Archiv. f. Gynäcol.*, XXXV, 1. — Werth, *Zeitschr. f. Psychiatrie*, XLV, 1 et 2. — Kreutzman, *New-Yorker med. Monatschr.*, t. I, n° 2. Gaillard, *New-York med. Journ.*, 1889, 25 mai. — Dufournier, *Arch. génér. de méd.*, 1889, déc. — Ill, *Pittsburg. med. Journ.*, 1888, janv.

ficielle, sont les mieux connues et assurément les plus importantes. L'immense majorité consiste en états mélancoliques. Parfois on cite aussi des manies aiguës (Gaillard).

Des cas cités par Gucci (*Op. cit.*) et par Weiss (*Wien. med. Press*, 1890, 22) nous apprennent que chez l'homme aussi la mélancolie peut se produire après la castration.

Wunderlich (*Pathol.*, 2e édit., p. 1329) décrit comme délire traumatique ou nerveux une folie transitoire qui se produit quelquefois à la suite des opérations douloureuses, des panaris, etc. Elle éclate du premier au troisième jour après l'opération ou la lésion. Le blessé devient bavard, agité. Après une nuit sans sommeil ou troublée par des songes, les yeux deviennent luisants, la face rouge, les idées confuses. L'agitation augmente, le malade ne sent plus de douleur, commence à s'exciter, à chanter, à crier et à arracher ses bandages. Le pouls est calme ; il n'y a pas de fièvre. Au bout de quelques jours le malade tombe dans un profond sommeil dont il se réveille avec un esprit lucide et sans souvenir de ce qui s'est passé. Parfois il y a aussi mort par épuisement le troisième ou le sixième jour au plus tard.

NÉVROSES GÉNÉRALES

Souvent on observe du délire comme phénomène accessoire ou comme conséquence des névroses générales.

Chorée[1]. — On trouve presque régulièrement des troubles psychiques élémentaires (irritabilité, apathie, paresse intellectuelle, manque de mémoire, distraction), souvent des hallucinations visuelles, parfois même des états psychiques complets (manie, mélancolie active, délire de persécution démonomaniaque) qu'on pourrait considérer comme des psychoses d'inanition par épuisement dû aux mouvements désordonnés et à la privation de sommeil.

Les observations prouvent qu'il existe aussi des psychoses dans *la maladie de Basedow*[2], psychoses d'ailleurs rares.

Dans un travail remarquable Hirschl a réuni les observations (43) qui depuis 1862 ont été rapportées dans les publications médicales sur les troubles mentaux dans la maladie de Basedow, et il a enrichi la science de ses observations personnelles.

L'auteur trouve que les causes communes de ces deux maladies combinées sont : la tare héréditaire et le trauma psychique.

Le substratum anatomique de la psychose est probablement l'hyperhémie cérébrale par dilatation vasculaire dans l'oblongata. Après avoir éliminé les cas dont la corrélation étiologique avec la maladie de Basedow était fort douteuse (délire alcoolique, folie du doute, délire hystéropathique

[1] Leidesdorf, *Vierteljahrsschr. f. Psych.*, I, 309. — Meyer, *Ibid.*, 535. — Steinen, *Antheil der Psyche am Krankheitsbild der Chorea.* Strasbourg, 1875.

[2] Hirschl, *Jahrbücher f. Psychiatrie.* Vienne, 1873.

et délire fébrile, folie hallucinatoire, démence paralytique), on rencontre en majorité des états maniaques et beaucoup plus rarement mélancoliques avec angoisse très prononcée. Les états maniaques répondent aux formes dégénératives et vont de pair avec un caractère très irritable. Le pronostic est défavorable. Sur 49 cas de psychoses dans la maladie de Basedow il n'y a eu que 6 guérisons; 18 cas ont été mortels.

Comme anomalie élémentaire et presque typique de la psychose dans la maladie de Basedow, Hirschl a trouvé une gaîté et une irritabilité morbides. Dans les cas avancés cet état psychique répondait à un état intermédiaire entre la santé et l'exaltation maniaque à base dégénérative.

Ball a observé une fréquence remarquable des troubles mentaux dans la *paralysie agitante* [1].

Outre la débilité psychique bien connue, qui habituellement se manifeste au cours de la maladie et qui pourrait bien être le phénomène d'un senium prématuré, Ball a trouvé chez la majorité de ses malades des anomalies psychiques élémentaires (irritabilité), souvent aussi des psychoses (la mélancolie avec hallucinations et impulsions au suicide prédominait) pour la plupart intermittentes et coïncidant avec des exacerbations de la névrose motrice.

Parent (*Ann. méd. psychol.*, 1863, juillet) décrit un cas qui fait l'impression d'une démence sénile avec états périodiques d'agitation hallucinatoire. Il paraît que dans ces cas généralement le senium précoce joue au point de vue étiologique le rôle le plus important.

Des psychoses tantôt transitoires, tantôt permanentes et terminales, se rencontrent très souvent dans l'*hystérie et dans l'hypocondrie*, Dans ces cas on peut presque toujours démontrer l'existence d'une tare héréditaire et la psychose finale constitue alors la solution d'un processus morbide constitutionnel et qui s'étend progressivement aux centres les plus éloignés.

Epilepsie [2]. — Ce n'est que rarement que l'épileptique reste toute sa vie indemne de troubles psychiques. En dehors des troubles réguliers, élémentaires et souvent transitoires de la vie intellectuelle, l'activité intellectuelle subit souvent (61 p. 100 des cas, d'après Russel Reynolds) un trouble profond et durable, généralement progressif (dégénérescence psychique), étant donné que le caractère et la sphère éthique en souffrent d'abord et l'intelligence ensuite. Cette atteinte peut aller jusqu'à l'idiotie la plus profonde.

La cause de l'aliénation mentale dans l'épilepsie n'est pas connue. Il faut chercher la cause principale dans les troubles cérébraux, congénitaux ou acquis, qui sont la base de l'épilepsie et qui, par leurs progrès, amènent dans leur sphère d'influence l'organe psychique.

Les troubles de la circulation produits par les accès épileptiques ont beaucoup moins d'importance, ce qui ressort déjà de ce fait que la forme vertigineuse de l'épilepsie est plus funeste à l'intégrité de la vie intellectuelle que la forme convulsive.

[1] *Ann. méd. psych.*, 1881, sept. ; et l'*Encéphale*, 1882, mars.

[2] Russel Reynolds, *l'Épilepsie*, édition allemande de Beigel, 1865, p. 43, avec citation des ouvrages spéciaux. — Trousseau, *Clinique médicale*.

L'épilepsie congénitale et celle qui se déclare avant la puberté entravent non seulement le développement cérébral, mais elles mènent aussi, au cours de la vie, à l'imbécillité. La violence des accès paraît être moins dangereuse pour l'intégrité de la vie psychique que la grande fréquence de ces accès. Les individus du sexe féminin sont plus menacés dans leur intégrité que ceux du sexe masculin.

MALADIES CONSTITUTIONNELLES AIGUËS[1]

Une cause assez importante de troubles pour les fonctions intellectuelles sont les maladies aiguës, notamment celles où des températures fébriles très élevées sont atteintes rapidement et suivies par un brusque abaissement critique de la courbe terminale. Dans ce cas il se produit ordinairement des troubles élémentaires des processus intellectuels sous forme d'aliénation consciente (somnolence, sopor), des troubles de la perception (illusions), de la sensation centrale (hallucinations) et des représentations (troubles dans la forme, accélération dans la marche des conceptions, troubles de l'association, confusion, délires). Cette excitation symptomatique ou sympathique de l'écorce cérébrale se borne à produire ces troubles élémentaires ou bien il se fait une participation générale et compliquée de l'organe psychique. Les types cliniques qu'il faut classer parmi les délires se distinguent en général de ceux qu'on a l'habitude de rencontrer dans les maladies mentales par leur instabilité, par la profonde atteinte du sensorium, par l'incohérence et le décousu des idées et par la participation prédominante de la sphère sensorielle centrale sous forme d'hallucinations. Ces états délirants sont essentiellement empreints du cachet de la confusion hallucinatoire, car l'organe de représentation est irrégulièrement excité par des stimulants non adéquats et les facultés psychiques d'ordre supérieur (attention, réflexion) ont singulièrement baissé. Aussi dans ce cas il est rare qu'il se produise une folie systématisée, des anomalies permanentes de l'esprit, des idées délirantes déterminées et amenant une transformation totale de la personnalité. Toutefois les transitions sont imperceptibles, et il n'est pas rare que des folies chroniques se greffent sur le délire des maladies aiguës et deviennent des maladies à part.

Dans les maladies aiguës le délire existe essentiellement à deux stades de l'évolution morbide : à l'apogée du processus morbide et pendant la période de résolution. Le délire de l'acmé ou délire fébrile, au sens plus restreint du mot, se rencontre surtout dans les maladies aiguës infectieuses et doit évidemment son origine aux troubles de la circulation et de la nutrition que le processus fébrile produit dans le cerveau et dans le corps tout entier, notamment lorsqu'il y a des températures élevées (action favorable sur le délire des antipyrétiques). Parmi les troubles les plus

[1] Comparez l'excellente monographie de Kräpelin, *Ueber den Einfluss acuter Krankheiten*, etc., avec beaucoup de citations d'ouvrages spéciaux (*Arch. f. Psych.*, t. XI et XII) et dont les conclusions sont résumées dans l'exposé que nous donnons plus loin.

importants de ce genre qui apparaissent au début du processus fébrile, on note : l'augmentation de l'action du cœur, l'hyperhémie de l'écorce cérébrale, l'oxydation peu active des éléments albumineux avec apport insuffisant ; au cours de la maladie, on voit prendre une importance particulière : l'hyperhémie veineuse causée par la faiblesse fonctionnelle et la dégénérescence du myocarde, la thrombose des capillaires, l'engorgement, l'œdème, l'accumulation des produits de décomposition de la mutation intraorganique dans le cerveau. Ajoutons encore l'effet toxique des produits infectieux circulant dans le sang, agissant comme éléments de fermentation et qui, indépendamment de la fièvre (par exemple au stade d'incubation, quand il n'y a pas encore de fièvre), peuvent produire des délires toxiques.

Le délire de l'acmé a souvent un caractère mussitant, mais il peut aussi se manifester sous forme d'agitation anxieuse avec hallucinations et idées de persécution correspondantes, ou comme délire furieux.

Le délire qu'on rencontre au stade de résolution dans les maladies fébriles (délire d'inanition, de collapsus, d'épuisement ou délire asthénique) a pour base l'anémie et le trouble profond de la nutrition de l'écorce cérébrale. Il est particulièrement fréquent dans les maladies caractérisées par la chute brusque de la température (pneumonie, exanthèmes aigus) ; l'abaissement brusque fait que le myocarde, mis par la fièvre dans un état d'activité plus grande, se relâche dans son énergie et par conséquent n'alimente plus suffisamment l'écorce cérébrale épuisée par la combustion plus grande du stade fébrile et qui a besoin physiologiquement d'un afflux plus considérable. Les processus morbides qui s'accompagnent d'une perte rapide et profuse de liquides, comme le choléra, sont souvent suivis de délire d'inanition.

Outre la faiblesse du cœur et la déperdition des liquides il faut, d'après Kräpelin, prendre encore en considération l'effet des modifications chimiques et peut-être histologiques que produisent les matières infectieuses et les produits de décomposition de la mutation intraorganique dans le cerveau, notamment dans la malaria et le typhus. Les prédispositions héréditaires et autres, qui dans le délire fébrile ont peu d'importance, jouent ici un certain rôle.

Kräpelin explique par le changement plus profond et plus durable de l'organe central l'apparition de symptômes plus nombreux que dans le délire fébrile, la participation plus profonde de la personnalité allant jusqu'à la formation des systèmes et aux illusions de détail, la plus longue durée, le pronostic moins favorable, et la terminaison non rare par des psychoses qui prennent une allure chronique. Ces délires d'inanition se manifestent donc cliniquement ou comme des troubles aigus élémentaires (hallucinations, délires de nature indifférente ou anxieux, incidemment angoisse, etc.) ou comme des formes plus compliquées et confuses de mélancolie, de manie hallucinatoire, d'épuisement psychique, et forment alors des transitions vers les psychoses indépendantes proprement dites.

Le développement des véritables psychoses à la suite des maladies aiguës, par suite des processus infectieux et fébriles qui accompagnent ces maladies, peut se manifester à la suite du délire de l'acmé ou du stadium decrementi ou se produire plus tard pendant la convalescence.

Les psychoses qui se développent pendant l'acmé sont probablement dues à une destruction des tissus, aux troubles graves de la circulation (thromboses, embolies pigmentaires), aux hémorragies capillaires, suite de la dégénérescence aiguë des parois vasculaires, ainsi qu'aux irritations parenchymateuses qui peuvent aller jusqu'à l'inflammation.

Pour les psychoses survenant au stadiun decrementi il faut incriminer la difficulté à compenser les troubles de la nutrition et de la circulation cérébrale, la difficulté à débarrasser le cerveau des produits de décomposition, les processus anatomo-pathologiques provoqués par la fièvre et qui persistent, enfin les troubles de la nutrition cérébrale par suite des modifications histologiques et des complications dans les organes végétatifs.

Enfin les maladies aiguës fébriles peuvent, par leur action affaiblissante et épuisante sur le cerveau, provoquer une prédisposition aux maladies psychiques, et alors les émotions, le surmenage intellectuel, l'alcool et d'autres facteurs peuvent amener l'aliénation mentale.

Parmi les maladies aiguës isolées, le typhus, la pneumonie et la fièvre intermittente jouent un rôle très important.

Typhus. — Au stade prodromique et pendant la fièvre initiale il se produit des délires qu'on peut considérer comme toxiques et qui en évoluant deviennent pour la plupart vertigineux. Ce sont des cas d'infection grave avec une mortalité allant jusqu'à 61,5 p. 100. Les délires commencent par des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, prennent au cours de leur développement des formes hallucinatoires et mélancoliques avec angoisse et peur de la mort, impulsions par réaction au suicide et à l'assassinat, délire des persécutions, souvent aussi l'idée fixe du péché mortel.

Les délires fébriles à l'acmé de la maladie sont occasionnés par les produits infectieux, les troubles de la circulation, la dégénérescence parenchymateuse et la destruction des tissus nerveux ainsi que par les complications. Leur type fondamental, c'est la stupeur allant jusqu'au sopor par hyperhémie, œdème, augmentation des liquides (Buhl) et augmentation de la pression intracranienne. Sur cette base on rencontre des illusions, des hallucinations confuses avec incohérence des idées, souvent aussi avec des phénomènes d'irritation psychomotrice (typhomanie), de sorte qu'ils se rapprochent des formes maniaques.

Le pronostic de ces délires fébriles n'est pas défavorable. Souvent ils se terminent par des complications du côté des organes végétatifs, surtout la pneumonie, les hémorragies, le décubitus, la pyohémie, par des obstructions veineuses dans le cerveau avec perte des globules blancs (le duc Charles-Théodore).

Dans environ un tiers des cas le trouble psychique survit à la fièvre pendant des mois et même des années. Il reste comme résidus du délire

quelques idées délirantes accompagnées d'hallucinations et d'un état d'esprit très sujet aux terreurs. Les malades deviennent abrutis intellectuellement, incohérents (démence aiguë), par suite de la destruction des tissus nerveux, de l'atrophie cérébrale aiguë (dépôt pigmentaire dans l'écorce cérébrale (Hoffmann), diminution de la graisse (Buhl).

Les troubles psychiques pendant la convalescence du typhus doivent, selon Kräpelin, être attribués à l'anémie, à la décomposition du sang, à l'encombrement du sang par des produits de décomposition, dans les cas aigus : à la dégénérescence pigmentaire graisseuse et à l'atrophie cérébrale aiguë dans les cas prenant une allure chronique.

On constate quatre formes différentes :

1° Des états délirants calmes qui durent des journées et même des semaines. Le pronostic est favorable. Le délire des grandeurs est ici d'une fréquence surprenante ;

2° Des états d'agitation maniaque incohérente, avec délire des grandeurs et souvent avec hallucinations allant jusqu'à la folie furieuse. Dans la plupart des cas, guérison dans le premier mois ; la moitié guérissent pendant la première année. Ce délai passé, le malade devient inguérissable. On rencontre plus rarement des états mélancoliques avec agitation, incohérence et hallucinations visuelles et auditives ;

3° Mélancolies calmes, même stupeur, avec idées délirantes ; c'est la forme la plus fréquente. Le caractère devient morose ; irritabilité ; délire des persécutions et de la culpabilité ; dans 30 p. 100 des cas il y a aussi des hallucinations. En même temps grand épuisement, amaigrissement et faiblesse psychique. Dure pendant des mois. Guérison dans 65 p. 100 des cas. Transition à la manie, à la folie ; la terminaison par le gâtisme n'est pas rare ;

4° Démence aiguë ; les malades deviennent idiots, enfantins, pleurnicheurs, immobiles, stupides, profondément épuisés physiquement et psychiquement. Marche de la maladie lente. Dans 66 p. 100 des cas durée plus d'un an. Dans 50 p. 100 des cas, pas de guérison.

Observation III. — *Psychose dans le typhus (mélancolie stupide à la suite du délire fébrile initial).* — Mme Petrisch, trente et un ans, femme d'un négociant, n'a jamais été malade, sauf de chlorose, à l'époque de la puberté ; mère de quatre enfants ; depuis trois mois enceinte de nouveau ; a été atteinte le 28 octobre 1881 de fièvre avec un violent frisson initial. Le 30, dans un accès violent de fièvre, elle se sauva de la maison ; le 2 novembre on la retrouva en délire dans les environs de Gratz et on l'amena à l'hôpital. Lors de sa réception la malade était en stupeur légère.

Elle se plaint de douleurs générales dans les membres et d'une grande faiblesse. Température : 39°. La malade n'a qu'un souvenir sommaire de ce qui s'est passé les jours précédents. Elle se rappelle d'avoir quitté la maison la nuit sans savoir où elle allait et s'être couchée quelque part pour se rafraîchir. Elle sait qu'elle était dans un cimetière ; tout lui paraissait brouillé et travaillait terriblement dans sa tête.

Quelques heures après son entrée à l'hôpital, la malade devient inquiète, a de fausses perceptions, frappe son entourage, refuse de manger, ne peut plus être

gardée dans le quartier médical et est transportée le 3 novembre dans le quartier psychiatrique.

La malade y arrive en stupeur. Température 40 à 40°,4 ; pouls 120. Le gonflement de la rate, le météorisme, la sensibilité dans la région iléo-cæcale permettent d'établir le diagnostic de typhus. L'utérus se sent à deux doigts au-dessus de la symphyse. Le 4 au soir avortement (fœtus au commencement du quatrième mois). Forte perte de sang. Ensuite baisse de la température de 40 à 37°,4. Augmentation de la stupeur. Température irrégulière à la suite de la perte de sang (37 à 40°), grande prostration et anémie, stupeur profonde avec réaction de terreur aux phénomènes du monde extérieur.

A partir du 11, avec des températures de 38 à 40°, des éléments mélancoliques se manifestent au milieu de la stupeur. La malade déclare qu'elle est oppressée par des remords, qu'on devrait la jeter dans la cour au milieu des ordures ; elle a commis les crimes les plus abominables, elle appartient au diable, elle n'a pas de religion ; elle a mal confessé ses péchés et cela lui pèse sur la poitrine. Elle n'est plus Mme P... ; son mari attend qu'elle soit confessée pour l'assommer ensuite. Elle voit des hommes noirs, des crapauds, des serpents, des scorpions, pousse souvent des cris de terreur et se cache sous la couverture de son lit. Grande résistance passive contre son entourage dont elle a peur, refus de nourriture, en partie pour s'humilier, en partie parce que le Christ a dit que si elle ne mangeait pas elle délivrerait de pauvres âmes damnées.

Vers la fin de novembre la défervescence commence et les symptômes du typhus disparaissent. A partir du milieu de décembre la malade n'a plus de fièvre, mais malgré une alimentation abondante, elle est anémique, épuisée, stupide. Parfois le repos de la nuit est troublé par des visions de morts et de figures noires ; elle entend des voix dire qu'elle est une mauvaise personne.

Au mois de janvier 1882, la malade devient tout à fait stupide, malpropre ; résistance passive très grande, mutisme, pas de réaction aux piqûres d'aiguille. Passagèrement, on est obligé de lui faire ingérer des aliments de force. Les symptômes mélancoliques délirants disparaissent sous le masque de la stupeur, ils ne se reproduisent que du 17 au 21 janvier avec relâchement de la stupeur. La malade déclare qu'elle est une mendiante, qu'il faut lui mettre son couvert sur ses genoux, c'est là la vraie table des mendiants. Elle renoncerait plutôt à manger qu'à sa foi religieuse. Figure tirée par le chagrin, peau d'une pâleur de cire, nutrition gravement troublée, turgor vitalis profondément abaissé. Troubles graves de la conscience. La malade se croit au ciel, prend les gens de son entourage pour des saints et des anges, le médecin pour Dieu le père ; elle croit qu'elle est la Madone.

A partir du 20 janvier, de nouveau, stupeur profonde avec paroles très rares et toujours accusations dirigées contre elle-même ; de temps en temps elle se met à genoux en demandant qu'on lui fasse subir des tortures, qu'elle ne reniera point sa foi.

Au commencement de mars, la malade commence à se remettre physiquement. Au mois de mai il existe encore un état d'épuisement psychique et par moments des accusations contre elle-même. Elle commence à s'occuper à des travaux manuels faciles ; de temps en temps elle répond correctement ; du reste attitude rêveuse et somnolente. Aux mois de juin et de juillet amélioration progressive de l'état intellectuel (progrès de la faculté d'orientation, capacité et goût pour le travail, disparition de la peur, de l'illusion de petitesse) aussi bien que de l'état physique (retour des menstrues et augmentation du volume du corps).

Du status retrospectivus qu'on a dressé le 27 août, après guérison, et que la direc-

tion de l'asile central m'a gracieusement communiqué, il ressort que la malade ne se rappelle que du frisson initial, de l'introduction d'aliments par force quand elle était à la clinique et qu'elle n'a qu'un souvenir vague, comme d'un rêve, de son transport à l'asile. Pour tous les autres faits il y a chez elle amnésie complète.

Vers la fin du mois de juin sa conscience s'éclaircit peu à peu. La malade s'oriente lentement sur le temps et les lieux, elle reconnaît sa maladie et peut à nouveau penser clairement. Elle juge sa capacité physique et intellectuelle comme égale à celle qu'elle avait avant la maladie et présente dans les derniers temps jusqu'à son départ de l'asile l'aspect d'une complète santé physique et intellectuelle.

Variole. — Ici encore on rencontre parfois des stades prodromiques, probablement par suite du processus d'intoxication, des états d'incohérence, d'agitation furieuse même qui durent jusqu'au stade de suppuration et qui peuvent même passer à l'état de maladie mentale chronique. Les délires de l'apogée de la maladie sont attribués par Kräpelin à une hyperhémie congestive, à des processus infectieux, à des troubles profonds de la mutation intraorganique et aux douleurs violentes causées par le processus variolique sur la peau et les muqueuses.

Quand la fièvre tombe, il se produit encore des états délirants hallucinatoires asthéniques, d'une durée éphémère, en connexité avec la baisse rapide de la température et avec une exsudation séreuse profuse des pustules.

Les psychoses chroniques comme suite immédiate de la variole sont rares. Kräpelin n'en a trouvé que 8 cas rapportés dans les publications médicales ; la durée variait entre plusieurs mois et une année. Elles se déclaraient au commencement de la troisième semaine de la maladie et c'étaient pour la plupart des états de mélancolie anxieuse. On a aussi observé des types de manie délirante.

Scarlatine, rougeole, érysipèle de la face. — Sont rarement cause de troubles psychiques. Durée : des semaines et même des mois. Le pronostic est ordinairement favorable.

Fièvre intermittente. — Dans les deux tiers des cas rapportés par les auteurs spéciaux et appartenant à cette catégorie, il s'agit d'une folie intermittente, l'intoxication malarienne remplaçant l'accès de fièvre et ayant une durée de plusieurs heures, tout au plus d'une journée, avec un retour quotidien, mais rarement tierce ou quarte, et avec des intermittences.

Ces accès de psychose typique peuvent exister dès le début à la place des accès de fièvre intermittente (fièvres intermittentes larvées) souvent sans aucun phénomène fébrile. Parmi les formes cliniques les plus fréquentes de cette psychose malarienne vicariante, Kräpelin a trouvé des états délirants mélancoliques avec agitation et angoisse violente, hallucinations terrifiantes, impulsions homicides et au suicide, en somme des états très semblables à ceux de l'agitation épileptique. Parfois des spasmes tétaniques et épileptiformes accompagnaient le paroxysme, qui habituellement se terminait par un sommeil de plusieurs heures, et le malade se réveillait sans se rappeler les faits antérieurs ou tout au plus avec un vague souvenir comme le souvenir d'un rêve. On rencontre plus rarement des états d'exaltation

maniaque avec du délire confus des grandeurs ou des états de dépression mélancolique calme, avec des idées de terreur vague et des illusions de l'ouïe, enfin des états d'incohérence apathique allant jusqu'à la stupeur complète.

Une autre forme est représentée par les psychoses (ordinairement état d'exaltation maniaque) qui se substituent graduellement aux accès de fièvre et finissent par les faire disparaître.

Enfin une folie chronique peut se développer après un délai de plusieurs mois et même de plusieurs années sur la base d'une cachexie malarienne comme expression de l'anémie, de la mélanémie (embolie pigmentaire de l'écorce cérébrale, Griesinger). Les cas rapportés par les auteurs nous montrent jusqu'ici comme prédominant la démence et les états aigus, plus rarement la folie furieuse, l'incohérence mélancolique délirante avec hallucinations. Le pronostic, avec traitement fortifiant, n'est pas défavorable.

Rhumatisme articulaire aigu. — Les médecins anciens ont reconnu que le rhumatisme articulaire aigu peut se compliquer de symptômes cérébraux graves et même mortels. Doit-on expliquer ce fait par l'élévation de la fièvre, par des influences toxémiques, par des complications hyperhémiques méningées, inflammatoires ou endocardiques ? C'est encore aujourd'hui une question fort discutable.

Kräpelin divise en deux groupes ces cas d'affection cérébrale rhumatismale aiguë. Le premier présente des phénomènes cérébraux graves durant des heures et même des semaines entières par suite de l'hyperhémie des centres nerveux allant jusqu'aux processus transsudatifs ou jusqu'aux phénomènes de la méningite qui est causée par des processus emboliques pyémiques. Dénoument fatal dans 70 p. 100 des cas. Le deuxième groupe est caractérisé par ce fait que, avec une augmentation rapide, hyperpyrétique de la température, il se développe des états délirants qui arrivent bientôt au collapsus et pour la plupart ont une terminaison fatale (apoplexie rhumatismale, rhumatisme typhoïde). Les résultats de l'autopsie sont en majorité négatifs, de sorte qu'on peut penser à des processus toxémiques par suite d'un ferment pyrogénique rhumatismal pernicieux.

D'ailleurs, dans la première et la deuxième semaine de la maladie, les délires fébriles ordinaires peuvent se développer dans 52 p. 100 des cas avec collapsus et dénouement fatal, avec hyperhémie simultanée des méninges et du cerveau.

On observe souvent dans la troisième ou même dans la sixième semaine, comme phénomènes consécutifs à la fièvre, des complications graves (endocardite, péricardite, pneumonie), souvent simultanément avec des récidives du processus rhumatismal, des troubles psychiques qui disparaissent avec la chute de la fièvre, mais qui peuvent persister quand l'organisme est très affaibli.

Kräpelin a trouvé des délires hallucinatoires avec états d'angoisse durant jusqu'à trois semaines, des cas de délire mélancolique avec agitation durant plusieurs mois, parfois avec des convulsions, de la chorée, des accès vertigineux, puis des hallucinations incohérentes avec une nuance

dominante d'anxiété, enfin des états maniaques alternant avec la stupeur. Chez les individus affaiblis déjà antérieurement et épuisés par la maladie, les psychoses asthéniques à marche chronique et provoquées par des causes occasionnelles insignifiantes, ne sont pas très rares.

Un groupe qu'on rencontre fréquemment et qui appartient à cette catégorie, comprend : les états d'agitation mélancolique ou maniaque avec grande incohérence, épuisement psychique, illusions des sens, passage rapide à la stupeur et avec 12 p. 100 de guérisons. Dans un autre groupe il s'agit d'états de dépression mélancolique avec transition vers le délire hallucinatoire ou bien à la stupeur, souvent avec des troubles cérébraux moteurs graves. Tous les malades ont guéri au bout d'un mois.

L'alternative entre l'affection articulaire et la psychose qu'on observe parfois est, d'après Kräpelin, plutôt accidentelle, et il fait remarquer que, d'un côté, l'affection articulaire ne disparaît qu'en apparence parce qu'avec l'apparition de la psychose, la douleur n'est pas ressentie comme autrefois et ne donne lieu à aucune manifestation; que, d'autre part, la psychose peut, dans les rechutes de la maladie articulaire, se maintenir temporairement par suite de l'influence hyperhémiante de la fièvre sur le cerveau anémié et épuisé. La chorée est survenue dans 12 p. 100 des psychoses asthéniques.

Polynévrite[1]. — Dans cette maladie souvent occasionnée par infection, on a aussi observé des psychoses (confusion hallucinatoire), surtout à son apogée. Dans tous les cas elles sont rares, si l'on élimine les cas de polynévrite chez les alcooliques. Korsakow a observé 16 cas qui n'étaient pas d'origine alcoolique; il les attribue à l'action des toxines et appelle ces psychoses qui, à son avis, sont typiques (confusion générale avec ou sans hallucinations, avec amnésie pour les événements récents), cerebropathia psychica toxæmica.

Pneumonie. — Ici l'affaiblissement de la constitution, notamment par le potatorium, a une importance considérable. Les délires fébriles à l'apogée de la maladie se rencontrent dans les cas graves, notamment dans les pneumonies du sommet et quand la constitution est affaiblie. Ils sont occasionnés par la congestion cérébrale et très rarement par la méningite ; ils éclatent du quatrième au sixième jour, ne durent pour la plupart que quelques jours et indiquent un danger sérieux. Mortalité : 35,4 p. 100. On observe ici aussi bien des délires mussitants que des accès de délire furieux.

Chez les individus tarés, affaiblis par le potus, le délire peut survivre à la période fébrile (troubles graves de la nutrition cérébrale, activité du cœur affaiblie, décarbonisation insuffisante du sang par suite de l'hépatisation).

Souvent il se développe encore des psychoses sous forme d'agitation anxieuse, craintive, avec délire des persécutions ou délire des grandeurs, avec humeur gaie, hallucinations nombreuses, incohérence des idées,

[1] Korsakow, *Zeitschr. f. Psychiatrie,* 47, fasc. 6, p. 54, rapporté du russe.

impulsions motrices, durant des semaines et même des mois, avec terminaison favorable.

Les délires de la défervescence sont des délires de collapsus, amenés par la faiblesse du cœur qui se produit avec la chute de la fièvre et rend possibles les obstructions veineuses et les excrétions œdémateuses dans le cerveau. Ils se rencontrent surtout chez les individus déjà affaiblis avant la maladie, surtout par le potus ; ils se manifestent par des états d'agitation hallucinatoire avec incohérence et inconstance des idées, insomnie, grande prostration, températures subnormales. Les hallucinations et les délires sont généralement de nature terrifiante (persécutions, empoisonnements, péchés mortels), mais il y a aussi des délires des grandeurs. Leur durée n'est ordinairement que de quelques jours, mais ils peuvent persister pendant des semaines et même des mois entiers pour disparaître enfin avec les forces et un sommeil réparateur et suffisant. Guérison dans 84 p. 100 des cas.

Influenza[1]. — Les épidémies de ces dernières années nous ont montré que cette affection générale provoque, dans une proportion extraordinaire, des troubles nerveux et physiologiques. Ces maladies basées sur l'épuisement fonctionnel et l'inanition du système nerveux central, doivent probablement être ramenées à des troubles graves de la nutrition causés par des toxines. En dehors de la neurasthénie générale, Kirn a constaté en majorité des cas de délire asthénique allant parfois jusqu'à l'incohérence hallucinatoire.

Ces délires se déclaraient quatre ou huit jours après la cessation de la fièvre et guérissaient pour la plupart au bout de trois à six semaines, passant rarement à l'état de folie chronique et se terminant encore plus rarement par la mort. Exceptionnellement on a aussi constaté une mélancolie par épuisement, avec trouble du sommeil et décadence physique très accentuée ; cependant, au bout de six à huit semaines, on obtenait ordinairement la guérison. Très rarement (6 fois sur 54 cas) la psychose a fait son apparition après l'influenza sous forme de manie légère.

Kräpelin a observé dans les psychoses, suites de l'influenza, des états dépressifs à base neurasthénique, tantôt de la mélancolie, tantôt se rapprochant de la folie, puis de la confusion hallucinatoire due au collapsus et à l'état d'inanition.

Choléra. — Outre les états soporeux, comateux et le délire aigu qui se rencontrent parfois dans le stade typhique et de réaction, Kräpelin a relevé dans les rapports des auteurs 19 cas de troubles mentaux qui se sont déclarés pendant la convalescence comme expression d'un trouble profond de la nutrition de l'écorce cérébrale. Il existait des états d'agitation éphémères avec grande confusion, des symptômes mélancoliques avec idées délirantes et illusions des sens durant plusieurs semaines, et de la stupeur. Le pronostic est ici favorable sans exception.

[1] Hirn, *Zeitschr. f. Psychiatrie*, 48, fasc. 1 et 2.— Kräpelin, *Deutsche med. Wochenschrift* 1890, n° 11.

MALADIES CONSTITUTIONNELLES CHRONIQUES[1]

Anémie. — La base pathogénique d'un grand nombre de maladies psychiques, c'est l'anémie, quand celle-ci dure et est plus ou moins constitutionnelle. De même que l'anémique est en général plus accessible aux influences morbides, il l'est de même dans la sphère de la vie psychique; son irritabilité devant les agents étiologiques des maladies (notamment les causes qui agissent sur les vaso-moteurs et sur le moral) est plus sensible. L'anémie constitue ici une prédisposition très importante et par sa présence renforce toute autre prédisposition déjà existante chez l'individu. Elle peut même être le véritable substratum anatomique de la maladie.

L'anémie chronique provoque de la dépression intellectuelle, de l'irritabilité, du dégoût intellectuel et une incapacité allant jusqu'à la stupeur; la fatigue intellectuelle amène dans ce cas un épuisement rapide. L'hyperhémie veineuse est probablement due à un phénomène analogue dans les cas de troubles du cœur non compensés.

Les psychoses qui se manifestent sur ce terrain sont des mélancolies simples ou des manies, ou bien, quand il y a une tare préexistante, des formes graves de la mélancolie stupide, de la démence primaire, de la folie furieuse allant jusqu'au délire aigu.

La notion générale d'anémie est insuffisante, comme le fait remarquer Schüle avec raison, et l'on ne saisit que d'une façon imparfaite comment l'anémie peut amener un trouble de la nutrition des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale (troubles de l'innervation vaso-motrice, de la vitesse circulatoire, de la pression du sang, de la diffusion, dégénérescence graisseuse des parois vasculaires du myocarde, notamment dans les anémies pernicieuses).

L'anémie peut être due à des causes bien différentes : les pertes de sang, les maladies aiguës et chroniques épuisantes, l'inanition, les abcès, l'allaitement trop prolongé, les couches réitérées, les affections anémiantes, l'insomnie, les maladies graves des organes de la digestion, les maladies graves des organes génitaux féminins, la chlorose, la puberté, les excès sexuels, etc., peuvent être cités comme les causes principales de l'anémie. Il faut encore prendre en considération que, chez les individus tarés, notamment chez les femmes, une anémie constitutionnelle qui commence dès l'âge de puberté et défie tous les remèdes, est un phénomène très fréquent; on peut le considérer comme le symptôme d'une affection nerveuse trophique grave.

L'anémie d'origine aiguë (par pertes de sang, consomption fébrile) paraît, d'après mes observations, provoquer des troubles psychiques (stupeur, démence primaire, états d'agitation maniaque aiguë, plus souvent mélancolique, avec peur violente et illusions des sens, presque exclusivement du sens visuel) seulement chez les individus qui sont déjà affaiblis ou prédisposés.

[1] Schüle, *Handbuch*, p. 333.

L'effet profond provoqué par les pertes de sang aiguës chez les personnes déjà affaiblies auparavant devient évident à la suite des saignées qu'on fait aux aliénés ; lors même d'une excitation maniaque ils tombent subitement dans la stupeur ou bien, après un apaisement de courte durée, ils présentent un tableau symptomatique beaucoup plus grave. Le retour des menstrues pendant la maladie psychique peut aussi produire un effet semblable.

Tuberculose pulmonaire[1]. — L'importance étiologique de la phtisie pulmonaire dans l'origine des maladies mentales est, ainsi que cela ressort des recherches statistiques de Hagen, moins grande qu'on le supposait autrefois.

On connaît l'insouciance d'esprit et la tranquillité de ces malades, leurs illusions optimistes sur la nature de leurs souffrances.

Chez certains d'entre eux, il se produit cependant une mélancolie qu'on doit vraisemblablement mettre sur le compte de la maladie pulmonaire consomptive, anémiante; cette mélancolie, quand la vie se prolonge assez longtemps, mène à la débilité psychique par suite de l'atrophie cérébrale qui se développe et du ramollissement œdémateux du cerveau qui coexiste souvent.

Skae et Clouston trouvent à cette mélancolie des caractères particuliers (phthisical insanity) et ils signalent spécialement les suivants : irritabilité d'esprit, méfiance, apathie, suspicions non motivées avec accès périodiques de colère violente. Dans les stades finaux de la phtisie pulmonaire, un délire d'inanition peut se produire comme chez les autres épuisés, les agonisants, les individus qui meurent de faim, etc. Ici le délire a ordinairement un caractère mussitant et consiste surtout en conceptions et illusions des sens d'une nature gaie; cependant les illusions terrifiantes et amenant une réaction défensive peuvent aussi exister.

Syphilis[2]. — La syphilis peut aussi par des procédés différents, aussi bien comme dyscrasie que par sa localisation cérébrale sous forme de troubles simplement inflammatoires et spécifiques, amener à la folie. L'importance de cette dernière cause nous impose le devoir de lui consacrer une étude spéciale dans la pathologie spéciale.

Ici nous ne parlerons que des psychoses produites par la dyscrasie elle-même, par le trouble de la nutrition cérébrale dû à la chlorose syphilitique. Ce que nous avons dit de l'importance de l'anémie constitutionnelle peut aussi s'appliquer dans son essence à cette forme particulière de l'anémie. La crase syphilitique est une cause d'affaiblissement et une prédisposition

[1] Hagen, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 7, p. 253.— Le même, *Statistische Untersuchungen*, etc. p. 245. — Clouston, *Edimb. med. Journal*, p. 861. — Le même, *Journal of ment. science*, IX, avril. — Skae et Clouston, *Ibid.* 1877, avril.

[2] Voir *Pathologie spéciale : Lues cerebralis.* Concernant les formes purement dyscrasiques consulter surtout Erlenmeyer, *Die luetischen Psychosen.*, 1877. Ripping, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37, fasc. 6, trouve que le lues n'est que rarement un phénomène étiologique direc- d'une psychose et admet avec raison comme causes accessoires importantes : excès, sexuels, potus, vie irrégulière avec beaucoup d'émotions, nourriture insuffisante, cures affaiblissantes et médicamenteuses appliquées dans le traitement de la syphilis.

pour le cerveau et peut même amener une psychose grâce au concours d'éléments accessoires insignifiants (émotions, trauma capitis, excès d'alcool). Ainsi Jolly et Emminghaus (*Allg. Psychopath.*, p. 355) ont observé chez des syphilitiques des accès de folie transitoire furieuse à la suite de causes insignifiantes.

On rencontre plus souvent des psychoses chroniques, notamment la mélancolie avec délire du péché et syphilophobie, puis des manies violentes, graves, avec explosion subite et terminaison rapide et fréquente par la démence.

MALADIES LOCALES CHRONIQUES

Le cerveau reçoit par la voie nerveuse splanchnique les impressions venues des organes les plus éloignés et dont la nature exerce une influence particulière sur l'état d'esprit. Dans ce cas il est très remarquable de voir combien est différente l'influence des divers organes (euphorie bien connue des phtisiques et des tabétiques comparée à l'état de malaise profond allant jusqu'à la dépression mélancolique et hypocondriaque qu'on rencontre dans les maladies des parties génitales et des organes gastriques). Outre l'influence sur l'humeur, sur l'état des sentiments psychiques, les maladies des organes végétatifs peuvent encore provoquer des sensations concrètes, exciter ou paralyser des centres vaso-moteurs par la transmission réflexe d'états d'irritation des nerfs végétatifs et par là troubler la circulation cérébrale. En dehors de la voie motrice cet effet peut aussi être produit par des phénomènes mécaniques (maladies du cœur); enfin les maladies splanchniques peuvent, en troublant la composition du sang, en entravant ou en augmentant les sécrétions, changer la composition chimique du sang, le nourricier du cerveau.

Affections gastriques [1]. — Il est hors de doute que le catarrhe gastrique aigu et plus encore le catarrhe chronique exercent non seulement une grande influence sur l'état d'esprit, mais provoquent assez souvent des psychoses qui alors prennent pour la plupart le caractère de la mélancolie avec nuance hypocondriaque.

Mais il faut ici un diagnostic et une pathogénie minutieux et exacts, et ne pas donner sans preuve des types morbides vagues tels que hémorrhoïdes, obstruction des veines-portes, congestion du foie, etc., ou même des symptômes accidentels comme, par exemple, situation anormale des intestins, à laquelle autrefois et récemment encore (Schröder v. der Kolk) on attribuait une signification étiologique particulière.

Dans ces cas la pathogénie n'est pas nette. Schüle (*Handbuch*, p. 275) invoque la relation nerveuse directe qui existe entre la région vasculaire

[1] Flemming, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 2. — Le même, *Psychosen*, etc., p. 138. — Leube, *Ziemssens, Manuel*, VII.— Niemeyer, *Deutsche Klinik*, 1858, p. 473. — Schröder v. der Kolk, *Geisteskrankheiten*, p. 177. *Psych. Centralbl.*, 1873, p. 78. — Glax, *Rohitsch-Sauerbrunnen*. Graz, 1876, p. 49. — Holthoff, *Erlenmeyer's Correspondenzblatt*, 1872, p. 125.

occipitale (sphère émotive?) du cerveau et les viscères abdominaux par l'intermédiaire des nerfs splanchniques qui s'insèrent dans les ganglions cervicaux inférieurs, ainsi que par les nerfs qui proviennent directement du foie. Il faut encore y ajouter l'hyperhémie veineuse, peut-être vaso-paralytique, des organes de la digestion, qui agit comme agent anémiant et par conséquent atteint directement le cerveau dans sa nutrition, puis l'atteinte indirecte du cerveau par le trouble des processus de résorption dans les cas de catarrhe digestif par hyperhémie veineuse. La constipation qui existe toujours dans ces cas ne fait qu'augmenter l'intensité du catarrhe et contribue à entraver la circulation. Il faut aussi admettre comme possible que l'acide acétique et l'acide sulfhydrique qui se forment et sont résorbés dans l'intestin rendent le sang toxique. Dans certains cas analogues il n'y a cependant pas de catarrhe gastrique, mais il existe une neurasthénie gastrique (névrose du nerf vague), phénomène précurseur partiel d'une neurasthénie générale et qui provoque évidemment la psychose par voie directement nerveuse.

Dans les publications spéciales on cite des cas de psychoses réflexes ou éloignées, provoquées par l'irritation intestinale due à des helminthes[1] ou à un médicament anthelminthique; ordinairement on a trouvé comme causes des lombrics et parfois aussi des vers solitaires. Les premiers, dit-on, pourraient provoquer des états d'agitation du genre des manies aiguës. Avec le tænia on pourrait plutôt songer au trouble de la nutrition qu'il cause qu'à l'excitation réflexe sympathique (cas de mélancolie chronique chez un homme rapporté par Maudsley, *op. cit.*, p. 249). Les oxyures[2] peuvent indirectement amener des psychoses par le fait qu'ils poussent à la masturbation et que cette dernière engendre la maladie psychique.

En somme les psychoses vermineuses sont des phénomènes rares qu'on rencontre le plus souvent chez des individus jeunes et presque toujours sur un terrain névropathique.

Maladies du cœur[3]. — Outre l'endocardite ulcéreuse qui occasionnellement peut arriver à l'embolie cérébrale[4] et à la démence apoplectique, il faut encore ici prendre en considération les lésions des valvules et les hypertrophies compensatrices du myocarde. Les congestions actives, quand la compensation est défectueuse, comme l'hyperhémie veineuse dans le cerveau, le poumon (angoisse) et les organes végétatifs (catarrhe, anémie), peuvent retentir dans le domaine psychique. D'autre part il est possible (Karrer, Gislain) que l'affection organique du cœur (hypertrophie) ne survienne que secondairement à des états d'agitation chroniques, notamment l'agitation anxieuse, étant donné que ces états amènent une suractivité du cœur; il est encore possible que la dégénérescence graisseuse

[1] Vix, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 18. — Debout, *Bull. génér. de thérapeut.*, 1856, 15 janvier.
[2] V. Krafft, *Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, 26, p. 556.
[3] Westphal, *Virchow's Arch.*, XX. — Sioli, *Arch. f. Psych.*, X, 141.
[4] Mildner, *Wien. med. Wochenschrift*, 1847, 46, 47. — Burmann, *West Riding asyl report*, 1873, III. — Witkowsky, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 32, p. 347. — Karrer, *Hagen Statist. Untersuchungen*, 39, p. 705.

et l'atrophie du cœur se développent consécutivement à des psychoses qui mènent au marasme. On a souvent exagéré l'importance étiologique des maladies organiques du cœur dans l'origine des psychoses.

Karrer (*Recherches statistiques de Hagen*, 1876) a trouvé 26 p. 100 à l'autopsie des aliénés d'Erlangen et 25 p. 100 chez ceux qui ont été disséqués à l'institut pathologique, d'anomalies du cœur; donc il y avait entre les deux une différence minime. Mildner et d'autres encore trouvent que quand les affections organiques du cœur ont une influence, les hypertrophies du ventricule gauche et les lésions des valvules aortiques provoquent ordinairement des états d'agitation maniaque tandis que les hypertrophies du ventricule droit et les affections mitrales produisent de la mélancolie. Cependant les cas de manie observés par Mildner se comportent pour la grande majorité comme ceux de mélancolie avec agitation. En terminant un essai qui jette une vive lumière sur les difficultés et la nature complexe de la question, Witkowsky conclut que, sauf dans les lésions aortiques, les affections organiques du cœur chez les aliénés sont liées à une inquiétude et à une inconstance continuelles (sentiments d'oppression?) dont les manifestations ont souvent une allure instinctive et s'accentuent assez souvent jusqu'aux violences excessives contre leur propre personne et celle d'autrui.

Affections rénales[1]. — Hagen puisant dans son expérience personnelle et celle des autres, cite de nombreux exemples de véritables maladies mentales (non seulement coma et délires) au cours de la néphrite aiguë et chronique. Il s'agirait ordinairement d'états mélancoliques avec délire de persécution et d'empoisonnement. Dans un cas, il y eut guérison; dans l'autre, mort due à la maladie principale.

On nous communique en outre encore quatre cas de dégénérescence rénale chronique avec maladie mentale, mais ces cas ne sont pas clairs au point de vue étiologique et compliqués par la ménopause, une pneumonie, un ptosis, une hémorragie méningée.

Hagen cherche la corrélation pathogénique qui existe entre l'affection rénale et la psychose dans l'urémie aiguë et chronique.

Maladies des organes sexuels chez la femme[2]. — Leur influence ne doit pas être négligée. Le rôle principal est joué ici par les changements de texture et de position (flexions, versions, descentes, prolapsus) de la matrice, quand ceux-ci provoquent des troubles inflammatoires et irritatifs chroniques.

Dans aucun de ces cas, les anomalies de sentiment et les anomalies nerveuses en général ne doivent manquer. Au point de vue de l'importance étiologique on peut ranger immédiatement après ces états les affec-

[1] Hagen, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 38 ; *Schmidts Jahrb.*, 1880, n° 6. — Raymond, *Zeitschr. f. Psych.*, p. 4.

[2] L. Meyer, *Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen*, Berlin, 1870. — Amann, *Ueber Einfluss der weiblichen Geschlechtskrankheiten auf das Nervensystem*. Munich, 1872, 2e édition. — Wiebecke, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 23. — Müller, *Ibid.*, 25. — Hertz, 27. — Ripping, 39. — Hegar, *Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden*. Stuttgart, 1885.

tions névralgiques et hyperesthésiques du vagin (vaginisme), puis les catarrhes chroniques, les hypertrophies du col, les fistules et les troubles dans le développement.

Ce n'est que rarement que les néoplasmes malins (carcinome) et autres amènent des troubles psychiques, tout au plus indirectement des mélancolies d'origine psychique ou des délires d'inanition au stade de marasme.

Les psychoses utérines ne se signalent par aucun caractère morbide particulier. L'opinion qu'elles ont habituellement un caractère érotique ou hystérique est erronée. Cette conclusion découle déjà de la variété de la pathogénie.

La maladie sexuelle, lorsqu'elle cause des règles profuses, de la leucorrhée, etc., ne produit dans la plupart des cas qu'un affaiblissement général de la constitution qui, par la suite, constitue une prédisposition aux névroses et aux psychoses.

Dans d'autres cas, l'affection génitale trouve cette prédisposition déjà existante, l'accentue et devient la cause accessoire de la maladie.

Son effet alors peut être :

α). Psychique, en tant qu'elle produit la stérilité avec la dépression morale qui en est la conséquence.

β). Directement nerveux par l'irradiation réflexe des excitations utérines, allant directement à l'organe psychique, ou par voie indirecte par influence vaso-motrice ou encore par l'intermédiaire d'une neurasthénie sexuelle. Dans le premier cas, on observe généralement de la paranoïa avec délire primordial érotique expansif ou de persécution, parfois aussi de la nymphomanie. Les cas de maladie occasionnée par le vaginisme et éclatant après la défloration (démonomanie, folie érotique hallucinatoire, Schüle) ont la même origine.

Les maladies du second genre aboutissent pour la plupart à des mélancolies qui prennent un cours aigu, à des manies avec trouble profond de la conscience et à des délires érotiques ou, comme équivalent de ces derniers, à des délires religieux et démonomaniaques.

Les psychoses provoquées par la neurasthénie sont la paranoia avec délire de persécution physique ou la dysphrenia nevralgica ainsi que la folie raisonnante chronique et mélancolique. La constitution névropathique comme condition étiologique de la maladie quand celle-ci a une origine nerveuse, est chose plus que probable, à mon avis.

γ). Trouble humoral par la production de l'anémie. Ici on observe presque exclusivement des mélancolies, et comme Schüle (*Handb.*, p. 281) le fait remarquer, souvent avec délire du péché et démonomanie.

A propos des maladies sexuelles, nous devons aussi parler de la menstruation [1] et de ses anomalies comme causes d'aliénation mentale.

[1] Brierre, *Traité de la menstruation*. — Le même, *Annal. méd. psychol.*, XV, p. 574. — Frese, *Petersburger med. Zeitschr.*, 1861, 2, p. 126. — Schlager, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 15, p. 457. — L. Mayer, *Die Menstruation im Zusammenhang mit psychischer Störung* dans *Beiträge zur Geburtsh.* et *Gynäcol. von der Gesellschaft der Geburtshilfe in Berlin*, 1872. — Storer, *Insanity of women*. — Schröder, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 30, 31. — V. Krafft, *Arch. f. Psych.* VIII, fasc. 1.

Ici encore on peut admettre une pathogénie psychique, humorale et nerveuse. L'absence du processus menstruel (aménorrhée) peut se faire sentir psychiquement en produisant la peur d'une maladie grave et inguérissable ou de la gravidité (Mayer).

Le trouble humoral se produit quand des règles profuses amènent à l'anémie et créent par là une prédisposition à la maladie ou bien accentuent cette dernière si elle existe, ou encore agissent comme causes accessoires.

Les cas les plus importants sont ceux d'origine nerveuse. Pour les comprendre, il faut tenir compte du fait que même physiologiquement le processus menstruel met le système nerveux central dans un état d'irritabilité excessive et diminue la force de résistance contre les excitations (Schröder, *Ziemssen's Handb.*, X, p. 305). Si le système nerveux a déjà naturellement une prédisposition névropathique, s'il est taré et déséquilibré, alors le processus menstruel normal suffit, à lui seul, pour provoquer des troubles dans l'organe nerveux central, troubles qui, selon la gravité de la tare, se manifestent sous forme d'une légère migraine ou sous forme d'états psychopatiques des plus graves. Il y a même des cas où le retour régulier de la période menstruelle amène des troubles psychiques et donne lieu à une véritable folie périodique. Ce n'est pas l'hémorragie menstruelle, mais l'irritation nerveuse complexe des nerfs ovariens due à l'ovulation qui est importante; cela ressort des cas où les paroxysmes reviennent à la période menstruelle sans que l'hémorragie menstruelle se produise. Le phénomène nerveux doit probablement provenir des troubles vaso-moteurs du cerveau, produits par action réflexe par les nerfs ovariens.

Dans quelques cas rares, on a observé la folie (ordinairement la folie furieuse aiguë) consécutivement à la suppression subite de l'hémorragie menstruelle, suppression causée par l'effroi ou par le froid, et l'on a admis la menstruatio suppressa comme cause de folie. Il est admissible qu'une congestion collatérale vicariante du côté du cerveau établisse cette connexité.

Mais ordinairement la psychose et la menstruatio suppressa sont les effets simultanés d'une même cause et ont une origine vaso-motrice. L'aménorrhée chronique elle-même qu'on accuse souvent d'être la cause de la psychose, ne l'est pas, du moins au point de vue somatique ; elle n'est qu'un phénomène accessoire d'une maladie qui a pour cause commune avec elle un trouble dans le développement, ou une maladie des parties génitales, ou une cachexie, ou un trouble général de la nutrition.

Affections des organes génitaux chez l'homme[1]. — Elles jouent un rôle étiologique bien insignifiant et sont ordinairement les symptômes d'un état névropathique congénital ou d'une névropathie acquise par excès sexuels, souvent par onanisme.

Tel est surtout le cas pour la spermatorrhée et l'impuissance. Le trouble

[1] Comparer l'excellent travail de Curschmann, *Ziemssen's Handb.*, IX, p. 360. — Lisle, *Arch. génér.*, 1860, sept. et oct. (sur la spermatorrhée).

mental réel (mélancolie, mélancolie hypocondriaque) ne se rencontre dans ce cas probablement que sur le terrain d'une forte prédisposition congénitale ou acquise. L'impotentia psychica coeundi, qui se manifeste chez les individus affaiblis sexuellement, qui se défient de leur puissance par suite de l'échec qu'ils ont subi lors de leur premier coït, et chez qui la honte du premier insuccès agit comme idée d'entrave et comme idée obsédante empêchant tout succès pour l'avenir, est déjà par elle-même un phénomène pathologique.

Il faut encore rappeler, comme digne d'attention, la mélancolie hypocondriaque qui se produit parfois chez certains individus névropathes affaiblis par les excès sexuels avec l'idée délirante qu'ils sont syphilitiques, idée provoquée par des excoriations inoffensives, par la balanite, la blennorrhagie, etc.

EXCÈS SEXUELS

L'importance des abus génitaux dans l'origine des neuro-psychoses et des psychoses n'est pas mince, ce qui se comprend de soi-même quand on considère les rapports importants qui existent entre le système nerveux génital et les autres régions nerveuses y compris celles qui sont du domaine psychique. Les troubles des fonctions sexuelles de même que ceux de la digestion, exercent une influence énorme sur l'état d'esprit qui alors est presque toujours déprimé et a souvent un caractère hypocondriaque très prononcé.

Les abus sexuels peuvent provoquer une prédisposition à la maladie psychique, l'accentuer si elle existe déjà, et en outre agir comme causes accessoires. Le phénomène intermédiaire dans la pathogénie des maladies nerveuses et des maladies psychiques est représenté par une neurasthénie provoquée par l'abusus veneris.

Le cas le plus défavorable, c'est quand cette neurasthénie acquise se joint à une prédisposition qui existait déjà originairement. Tel est cependant le cas de nombre d'individus tarés, parce que chez eux l'instinct génital se manifeste avec une précocité et une force anormales et souvent d'une manière perverse avec incitation à se satisfaire dans ce sens. Ici l'abus sexuel est moins une cause qu'un symptôme ou du moins un phénomène consécutif à un état morbide, de même que dans les cas où une maladie psychique déjà existante (manie, démence paralytique ou sénile) amène aux abus sexuels.

Dans l'appréciation étiologique de chaque cas il faut tenir compte de ce fait clinique. Les maladies psychiques survenant par abus sexuels, proviennent d'un état neurasthénique et vont de pair avec les symptômes de cette dernière affection.

Les excès sexuels provoquent d'autant plus facilement une maladie psychique que celui qui se livre à ces excès est très jeune ou qu'il a déjà atteint le senium. Ce qui est encore d'une importance capitale, c'est la gravité de la

tare, s'il y en a une. Cela dépend encore beaucoup de la manière dont on satisfait ces excès sexuels.

1° Les excès naturels[1] dans les plaisirs sexuels ont une action moins funeste que les excès contre nature. Leur influence est directement épuisante et ordinairement cérébrale. Les femmes supportent mieux les abus sexuels, probablement parce que chez elles l'acte sexuel n'entraîne pas une mise à contribution aussi intense du système nerveux que chez l'homme.

Des cérébrasthénies graves, le senium précoce, la démence paralytique, des mélancolies graves avec nuance hypocondriaque peuvent se développer sous l'influence épuisante des excès de coït, mais ordinairement d'autres causes auxiliaires agissent aussi.

Un agent important pour la femme, est le coïtus interruptus et le coïtus reservatus. Il mène à une neurasthénie sexuelle avec les dangers que comporte cet état pour l'intégrité psychique.

2° Ce qui est beaucoup plus nuisible et, au point de vue étiologique, beaucoup plus important, c'est la débauche sexuelle contre nature, particulièrement la masturbation[2]. La cause en est probablement que souvent cet abus coexiste avec une constitution névropathique, que souvent il est pratiqué à un âge très jeune et d'une manière excessive et qu'il représente une excitation inadéquate et non physiologique du système nerveux. C'est surtout le cas dans l'onanisme psychique où l'éjaculation est provoquée par l'excitation de l'imagination (représentation de scènes lascives).

L'effet de l'onanisme consiste dans la production d'une névrose génitale (pollutions) qui s'étend à la moelle lombaire et qui amène la neurasthénie générale.

Sur ce terrain prédisposé aux psychoses se développent par la suite diverses causes accessoires. D'après les observations assez nombreuses que j'ai faites jusqu'ici, il est probable que presque toujours il faut encore, outre ces causes, une constitution névropathique originaire (tare) et que, chez les individus non tarés, les excès d'onanisme ne dépassent guère le domaine de la névro-psychose asthénique.

Les observations des gynécologues, des neurologistes et des aliénistes nous apprennent que dans le sexe féminin aussi la masturbation (voir plus bas observation LV) est souvent pratiquée et d'une façon préjudiciable. Les affections qui en résultent ne semblent guère différer essentiellement de celles qu'on observe chez l'homme.

En se basant sur cette faiblesse irritable du système nerveux central due à l'onanisme (neurasthénie), la pathogénie des psychoses « onanistes » peut donc être variée.

1° Elle est psychique par l'intermédiaire des causes accessoires psychiques. Ce sont des idées spontanées de repentir, de honte, la peur des con-

[1] Flemming, *Psychosen*, p. 541. — Neumann, *Lehrb. der Psych.*, p. 136. — Plagge, *Memorabilien*, 1863, VIII.

[2] Ellinger, *Zeitschr. f. Psych.*, 2. — Ellinger, *Ibid.*, 6. — V. Krafft, *Ibid.*, 31. — Flemming, *Psychosen*, p. 151. — Ritchie, *Lancet*, 1.81. — Maudsley, *Journ. of ment. science*, 1868, juillet. — Skae, *Ibid.*, 1874.

séquences du vice jointe à la conviction pénible de n'y pouvoir renoncer par sa propre force. Ces émotions peuvent être aussi provoquées par la lecture de certains livres populaires dont l'auteur, par esprit de spéculation, décrit avec exagération les conséquences de la masturbation. En outre, chez les candidats au mariage, l'impuissance réelle ou relative, organique ou psychique, résultant de la masturbation, peut devenir la cause psychique de la psychose.

Dans ces cas il se produit des mélancolies avec une forte empreinte nosophobique, avec crainte du tabes, de la phtisie, des vésanies, selon les symptômes prédominants de la neurasthénie accessoire.

2° L'intermédiaire est de nature somatique quand il survient des causes affaiblissantes (nourriture insuffisante, insomnie, maladie physique, surmenage intellectuel ou physique, etc.). Le caractère du type morbide paraît ici essentiellement déterminé par les éléments constitutionnels qui l'ont provoqué.

Si ces tares sont peu graves, il se produit de la stupidité ou des états mentaux comme de simples psycho-névroses d'épuisement.

Sur la base dégénérative (peut-être même sans cela, quand il y a onanisme excessif à un âge très jeune), il se développe des états de démence primaire et progressive. Il peut se manifester, dans ce cas, des états délirants, hallucinatoires, raptus, délires primordiaux, phénomènes catatoniques, des états d'excitation à allure maniaque avec des actes impulsifs. Dans cet état de dégénérescence apparaissent bientôt : l'imbécillité morale, la perte des sentiments éthiques et esthétiques (malpropreté, penchant pour les choses répugnantes), indifférence de cœur absolue et aboulie avec terminaison par l'idiotie la plus complète.

Comme autres maladies de nature nettement dégénérative, nous devons encore citer certains cas de paranoïa et d'aliénation mentale avec idées obsédantes.

Comme phénomènes cliniques qui se rencontrent plus ou moins dans toutes les psychoses sexuelles, on peut citer : les symptômes de la neurasthénie, ensuite les hallucinations olfactives d'un caractère répugnant (excréments, odeur de cadavre, etc.) qui manquent rarement. Les symptômes épileptoïdes et ceux dits catatoniques ne sont pas rares non plus.

MANQUE DE SATISFACTION SEXUELLE[1]

On le considère souvent comme la cause de névroses et de psychoses, mais il ne produit certainement d'effet que chez les névropathes tarés et dans les cas d'instinct génital d'une force anormale. Ces deux conditions se trouvent souvent réunies chez les individus tarés. L'homme est plus exposé à ce danger que la femme, puisque de son naturel il a des besoins sexuels plus grands que celle-ci. Quand on déclare que la cause d'une

[1] Marc, traduit par v Idler, I, p. 233, II, p. 137. — Ball, *Leçons cliniques*, p. 577. — V. Krafft, *Jahrbücher. f. Psychiatrie*, VIII, fasc. 1 et 2.

psychose chez la femme est l'abstinence sexuelle, on ferait bien d'examiner de près si ce n'est plutôt la non-réalisation de sa vocation de mère et d'épouse et partant la non-satisfaction de ses besoins sociaux et éthiques qui dans ce cas a été décisive.

Le résultat de l'émotion sexuelle non apaisée par une satisfaction temporaire, consiste en une surexcitation de la sphère génitale (érections, hyperhémies) et plus tard en une surexcitation de tout le système nerveux.

La non-satisfaction de l'instinct peut ici provoquer un véritable rut allant jusqu'aux états de satyriasis et de nymphomanie, ou du moins donner lieu à des délires hallucinatoires[1].

Du reste, chez les individus tarés, les suites de l'abstinence sont analogues à celles de l'onanisme.

Une neurasthénie générale se développe et sur cette base se produisent des états de mélancolie (hypocondrie), de la paranoïa et des folies avec idées obsédantes.

GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, PUERPERIUM, LACTATION[2]

A côté des influences débilitantes dues aux excès sexuels chez les hommes on doit tout de suite classer les phénomènes affaiblissants de la grossesse et de la puerpéralité chez la femme. Ils ont chez elle une importance équivalente à celle du surmenage, si dangereux chez les hommes, et ils constituent une cause prédisposante ou accessoire de la maladie chez 17,8 p. 100 des femmes aliénées qu'on envoie dans les asiles.

La prédisposition a une importance comme dans tous les cas où les processus physiologiques deviennent les agents étiologiques des maladies mentales.

Fürstner a trouvé une prédisposition héréditaire dans 61,7 p. 100 des cas qu'il a traités, Ripping seulement dans 44,2 p. 100. Par contre, cet observateur reconnaît comme suffisante et décisive la prédisposition acquise, c'est-à-dire les effets affaiblissants et antihygiéniques de la vie des usines à laquelle la majorité de ses malades étaient exposées.

Comme causes prédisposantes d'une grande portée notons, outre le germe héréditaire, la constitution névropathique, la chlorose, l'anémie, les accouchements fréquents et difficiles, la lactation continuée pendant une longue période, les maladies graves, les règles profuses, bref toutes les causes capables d'affaiblir la constitution. La folie la plus fréquente est la folie puerpérale (9,2 p. 100 de toutes les aliénées reçues à l'asile), ensuite la folie de la période de lactation (5,6 p. 100), enfin la folie des femmes enceintes (3,1 p. 100).

1° La *folie de la grossesse* ne se déclare ordinairement que dans les trois

[1] Comparer le cas rapporté d'après Buffon par Mac-Ideler, II, p. 137. — Zola, dans son roman *La Faute de l'abbé Mouret*, parait avoir songé à ce cas.

[2] Ripping, *Geistesstörungen*, etc., 1877 (avec de nombreuses citations des ouvrages spéciaux). — Schmidt, *Arch. f. Psych.*, XI, fasc. 1.

derniers mois de la gravidité. Ripping attribue une grande valeur étiologique aux changements dans la circulation cérébrale (anémie) produits par les liquides de l'utérus et l'intercalation du courant placentaire, ainsi qu'aux altérations chimiques du sang qui se produisent pendant la gravidité.

La fréquence des cas de maladie chez les femmes devenant enceintes en dehors du mariage s'explique par les conditions de vie malheureuse que la plupart subissent de même que par les préoccupations que leur donne le souci de l'avenir. La forme morbide que prend la folie de la grossesse est ordinairement la mélancolie, rarement la manie[1]. L'aliénation mentale, très rare d'ailleurs, qui se déclare dans les premiers mois de la grossesse, est généralement de courte durée et d'un pronostic favorable. La folie qui éclate dans les derniers mois ne disparaît point avec l'accouchement, mais se transforme souvent après les couches en manie. La durée moyenne de la maladie est neuf mois ; les rechutes dans les grossesses suivantes sont très fréquentes,

2° Les *troubles psychiques*[2] qui surviennent *pendant l'accouchement* sont transitoires. Ils vont de pair avec un trouble profond de la conscience. Ce sont des émotions pathologiques qu'on observe le plus fréquemment dans ce cas, surtout chez les femmes qui accouchent d'enfants illégitimes, émotions causées par leur situation d'abandonnées, par la honte d'avoir perdu l'honneur sexuel, la peur éprouvée aux symptômes précurseurs de l'accouchement, le souci de l'avenir ; on rencontre aussi des états d'excitation furieuse avec délire causés par la douleur de l'enfantement et suivis d'épuisement, de même que des cas de manie transitoire, des délires hystérique, épileptique, de l'éclampsie avec délire.

3° *Folie puerpérale.* — La pathogénie est obscure. L'étiologie montre l'existence de causes prédisposantes qui sont : ou une constitution héréditaire névropathique, ou une chlorose, des anomalies de l'utérus, l'influence affaiblissante de maladies somatiques graves antérieures, les pertes de sang, la lactation prolongée, les couches qui se suivent trop rapidement; mais ces causes proviennent aussi en partie de l'influence déprimante produite par la peur qu'inspire l'accouchement et, chez les femmes non mariées, par la honte, l'inquiétude pour l'avenir, etc.

Comme causes accessoires, on peut noter les émotions, la mastite, les maladies fébriles somatiques, etc. La suppression des lochies ou du lait que les profanes incriminent généralement, n'est qu'un symptôme et non pas une cause de la maladie.

Les causes accessoires de la folie qui se déclare pendant les premières semaines sont : les hémorragies, la mauvaise nourriture et une mauvaise diététique, les émotions, le commencement de la lactation, la mastite, l'inflammation de l'utérus et de ses annexes; dans les maladies qui éclatent

[1] Schmidt a trouvé la manie chez 31,3 p. 100, la mélancolie chez 54,9 p. 100, la folie chez 10 p. 100, la démence paralytique chez 5,8 p. 100. L'auteur de cet ouvrage a, sur 5 cas, constaté 4 mélancolies et 1 dém. paral.

[2] V. Krafft, *Die transitorischen Störungen des Selbstbewussteins Erlangen*, 1868, p. 116.

de la quatrième à la sixième semaine, ce sont les troubles causés par le retour des règles et notamment les ménorrhagies.

Les recherches faites par Ripping et Schmidt montrent la grande influence exercée par les troubles de la nutrition (diminution de poids) dans le puerperium, car la différence de poids constatée chez certaines malades entre le début et la fin de la maladie variait jusqu'à 29 kilogrammes, e la psychose ne disparaissait qu'avec l'augmentation du poids du corps.

La folie puerpérale éclate le plus fréquemment entre le cinquième et le dixième jour du puerpérium. Elle ne constitue point une forme spéciale de l'aliénation mentale. Il n'est pas exact de l'appeler manie puerpérale. Toutefois la manie est la forme la plus fréquente que prend la folie puerpérale [1].

Dans les deux premières semaines du puerperium on a observé des cas de manie transitoire, de fièvre puerpérale avec délire, de délire d'inanition, des psychoses puerpérales (généralement manie ou folie, plus rarement mélancolie, parfois aussi de la démence primaire et guérissable). La proportion de la manie à la mélancolie est ici environ de 3 pour 1.

Les troubles psychiques qui se montrent dans les dernières semaines du puerperium consistent en manies ou mélancolies.

Manie puerpérale. — Les symptômes prodromiques sont parfois ceux d'une dépression mélancolique, qui cependant n'est que légèrement marquée et se borne à une dépression morale et à un penchant à pleurer ; mais ordinairement les symptômes sont ceux d'une exaltation maniaque (inquiétude dans les mouvements, air affairé, affluence d'idées, loquacité, insomnie).

Ce qui est surprenant c'est la courte durée du stade prodromique et l'insignifiance des symptômes en comparaison de ceux des psychoses analogues non puerpérales.

Quand ce stade prodromique a duré de un à plusieurs jours, il se développe rapidement une folie furieuse allant jusqu'à l'acmé, à marche continue mais rémittente.

Dans le délire de la manie puerpérale les illusions des sens jouent un grand rôle. Elles ouvrent ordinairement la série des symptômes de la folie furieuse et sont tellement au premier plan qu'on pourrait songer dans ce cas à une folie hallucinatoire (Fürstner).

La durée de la maladie est de six à huit mois, mais il y a aussi des cas abortifs. Le pronostic est assez favorable. Si la maladie se termine par la guérison, la malade a ordinairement une phase de stupeur qui ne paraît manquer que dans les cas légers (avortements). Le souvenir de cette phase de profond épuisement intellectuel est incomplet. Ensuite la malade reprend ses sens tout d'un coup ou peu à peu.

La manie puerpérale n'a pas de symptômes spécifiques. Il est inexact

[1] Schmidt a trouvé la manie chez 48 p. 100, la mélancolie chez 38,9 p. 100, la folie chez 5,5 p. 100, la démence aiguë chez 5,5 p. 100, la folie circulaire chez 1,4 p. 100. L'auteur de cet ouvrage a, sur 38 cas, constaté 17 manies, 4 mélancolies, 10 folies hallucinatoires, 1 paranoïa, 6 démences aiguës.

que le délire ait un caractère érotique prédominant. Ce qui la distingue des manies non puerpérales, c'est la courte durée du stade prodromique, l'insignifiance des symptômes psychiques prodromiques, de sorte que la maladie débute comme si elle était primaire et s'accentue rapidement jusqu'à l'acmé; la manifestation primaire des illusions des sens et la prépondérance de ces dernières dans le tableau morbide (Fürstner). En général, ce sont des formes graves de la folie furieuse avec trouble considérable de l'intelligence. La longue durée et l'intensité de la maladie expliquent aussi, ce qui d'ailleurs a été relevé par Fürstner au point de vue du diagnostic, qu'au lendemain de la manie le stade d'épuisement et de stupeur ne manque jamais.

La mélancolie puerpérale, qui est plus rare, a un pronostic moins favorable; il faut aussi plus de temps pour qu'elle arrive à résolution, en moyenne neuf mois. Ici encore il faut remarquer un fait frappant : le trouble profond de l'intelligence dû évidemment à l'épuisement, et la nuance de démence du tableau clinique. Schmidt fait remarquer que dans ce cas les malades sont distraites, moroses, rêveuses, oublieuses, irréfléchies, que les hallucinations sont fréquentes et les accès d'angoisse intercurrents.

Après l'avortement, quand il cause des pertes de sang considérables, la folie puerpérale peut aussi se déclarer. Celle-ci, comme en général les aliénations provoquées par les troubles aigus de la nutrition cérébrale (anémie), est caractérisée par des illusions des sens nombreuses, notamment par des illusions visuelles. Les convulsions ne sont pas rares non plus dans ce cas. Le pronostic est favorable. Ripping évalue la durée moyenne à cinq mois.

4° *Folie de la lactation.* — La folie des femmes qui allaitent a probablement toujours une base anémique. Les accouchements difficiles, les maladies générales ou locales agissent comme causes prédisposantes. L'allaitement trop prolongé et trop intense, ne répondant pas aux forces de la femme, sont des causes décisives. La psychose se déclare rarement avant le troisième mois. Comme tableau clinique, la manie prédomine avec une grande fréquence; on rencontre plus rarement la mélancolie[1]. Le pronostic n'est pas défavorable, mais moins bon que dans la folie puerpérale. La durée moyenne de la maladie est de neuf mois dans les hôpitaux et les asiles.

L'importance pratique de ce groupe étiologique de psychoses sera l'explication légitime de la permission que nous prenons de faire ici quelques remarques thérapeutiques.

Au début du traitement on doit avant tout visiter minutieusement le corps et appliquer le thermomètre, pour ne laisser passer inaperçus aucun des processus puerpéraux ou fébriles s'ils existent.

La base évidemment anémique des psychoses qui se produisent dans ces cas exige qu'autant que possible on prescrive à la malade le repos au lit

[1] Schmidt a trouvé 42 p. 100 de manie, 40 p. 100 de mélancolie, 6,7 p. 100 de démence aiguë, 3,4 p. 100 de démence paralytique. L'auteur de ce livre a constaté, sur 22 cas, 12 cas de manie, 6 de mélancolie, 3 de folie, 1 de délire aigu.

et une bonne nourriture. On ne doit pas tolérer trop longtemps le refus de prendre de la nourriture. Les lavements de pancréatine de viande par le système Leube peuvent rendre ici quelques services. Au point de vue des médicaments, les toniques, surtout le fer (comme l'albuminate, le peptonate de fer, le fer dyalisé), l'extrait de noix vomique, le quinquina (extrait mou) dans du vin de Malaga, le vin, la bière sont indiqués.

L'insomnie n'est guère influencée avec succès que par la morphine ou plutôt par l'extrait d'opium. Le meilleur effet est produit par les spiritueux, surtout la bière; à l'occasion aussi par l'hydrate de chloral ou la paraldéhyde (en lavements), les enveloppements humides, les injections sous-cutanées de camphre. Quand l'anémie n'est pas trop grande et qu'il y a fluxion vers le cerveau, notamment avec agitation cardiaque, il faut essayer des bains tièdes.

On surveillera la métamorphose régressive des organes génitaux et leur fatigue fréquente par la masturbation à la suite des excitations sexuelles périphériques.

Quand les règles reviennent, elles sont souvent profuses, ont ainsi une action affaiblissante et causent des rechutes. Il est alors nécessaire d'empêcher à temps par des moyens connus (ergotine, hydrastis) ces pertes de sang qui ne sont pas nécessaires.

FOLIE PAR INTOXICATION

ALCOOL[1]

Parmi toutes les substances qui ont sur le système nerveux central une action délétère, l'alcool, pris en trop grande quantité, tient le rang le plus important.

L'alcool est devenu une plaie populaire (épidémie alcoolique) qui non seulement appauvrit les individus et même les peuples, mais porte aussi de graves atteintes à leur prospérité morale, intellectuelle et somatique.

Le penchant à consommer l'alcool est renforcé par l'habitude, et l'hérédité qui contribue à la conservation de cet usage contracté par habitude; elle agit directement ou indirectement, car la faiblesse de constitution produite chez les descendants par l'abus de l'alcool chez les ascendants, les amène, pour ainsi dire instinctivement, à la consommation des boissons alcooliques (Bär). L'impulsion à consommer de l'alcool, née sur cette base, reste souvent à l'état latent, jusqu'à ce que le système nerveux devienne asthénique par suite d'une maladie grave aiguë ou chronique, par suite d'émotions, etc. [2].

En dehors des accidents nombreux, crimes, suicides, maladies ner-

[1] Magnan, *De l'alcoolisme*, Paris, 1874. — Böhm, *Ziemssen's Handb.*, XV. — Bär, *Der Alkoholismus*, Berlin, 1878 (excellente monographie).

[2] C'est d'une manière analogue que les individus prédisposés sont arrivés à l'abus de la morphine, du chloral, de l'opium. Il est surprenant de voir quelles doses énormes de ces substances sont souvent supportées dans la neurasthénie.

veuses graves, qu'il provoque directement ou par hérédité, l'abus de l'alcool est aussi un agent étiologique important dans l'origine de certaines maladies mentales (alcoolisme chronique et psychoses qui se développent sur cette base, puis épilepsie et démence paralytique).

Suivant l'état social, la nationalité, le climat, etc., le nombre des aliénés a paru varier entre 1/9 et 1/3 des personnes reçues dans les asiles, sans comprendre ces ivrognes invétérés, en pleine décadence physique et intellectuelle, et qui, au détriment de la famille, de la moralité et de la sécurité publiques, circulent encore librement.

C'est par des procédés bien différents que l'alcool produit ses effets nuisibles sur le système nerveux central. En première ligne il faut considérer l'action directe de l'alcool sur le cerveau, action qui, au point de vue clinique, est en partie excitante, altère les tissus, et qui, d'autre part, amène une paralysie vaso-motrice. Alors les petits vaisseaux se dilatent, les vaisseaux plus grands subissent une dégénérescence athéromateuse, ce qui favorise les apoplexies.

L'effet paralysant sur les vaisseaux se manifeste par l'agrandissement des voies vasculaires (tonus abaissé), par l'obstruction lymphatique, par la migration des globules blancs du sang et par l'épaississement de l'arachnoïde et de la pie-mère, ainsi que par la prolifération des granulations pacchioniques. Souvent aussi il se produit de la pachyméningite hémorragique.

Par l'effet excitant qu'il produit sur le cœur, l'alcool provoque d'abord des fluxions qui sont encore aggravées par l'hypertrophie du myocarde.

Dans les stades suivants le myocarde subit la dégénérescence graisseuse, ce qui, avec la paresse vasculaire et la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux, provoque des troubles dans la circulation.

La nutrition de l'organe psychique souffre indirectement du changement de composition du sang (hydrémie, diminution de la fibrine), de même que des troubles profonds de l'alimentation générale, des troubles de la mutation intraorganique causés par la dégénérescence graisseuse des organes (le foie), le catarrhe chronique de l'estomac avec dégénérescence graisseuse des glandes stomacales, la cirrhose du foie, la néphrite chronique interstitielle et parenchymateuse.

Mais l'alcoolisme agit aussi psychiquement par les conflits sociaux dans lesquels il entraîne l'ivrogne, par la ruine de sa prospérité financière, de son bonheur familial, de son honneur civique.

Enfin il y a encore une circonstance qui mérite l'attention : c'est que souvent la boisson est un moyen pour éteindre les chagrins, les soucis, les contrariétés, les remords, et alors deux facteurs étiologiques puissants se trouvent réunis pour produire l'aliénation mentale.

Nous avons déjà signalé combien l'alcool amylique est plus délétère que l'alcool éthylique qui est beaucoup moins dangereux. L'absinthe, si répandue en France et en Suisse[1], a aussi une action particulièrement délétère.

[1] Magnan, *De l'alcoolisme*, Paris, 1874. — Le même, *Annal. méd. psych.*, 1874, p. 302, et *Gaz. méd.*, 1869, 5.

Souvent aux préjudices causés par les excès alcooliques s'ajoutent des troubles somatiques (faim, froid, misère) et psychiques (rixes, dangers), une existence de vagabond et d'aventurier passée dans la misère, le libertinage et les privations. Souvent cette existence aventurière ainsi que le penchant à l'abus des boissons alcooliques constituent déjà des symptômes de maladie mentale (imbécillité avec instincts pervers, folie morale). Au point de vue étiologique, les excès dans la consommation de l'alcool agissent en partie comme cause prédisposante, car ces abus affaiblissent le système nerveux central et pour ainsi dire le transforment anatomiquement (alcoolisme chronique), de sorte qu'il est doué d'une force de résistance moindre aux causes accessoires ; d'autre part, les excès alcooliques agissent comme causes accessoires sur tout cerveau déjà prédisposé d'une manière quelconque.

Cette prédisposition peut être due à une tare héréditaire, à une faiblesse fonctionnelle, suite de débauches, de maladies épuisantes, de lésions de la tête, de maladies organiques du cerveau, d'affections douloureuses (boire pour noyer le chagrin).

Dans ces circonstances un seul excès alcoolique peut provoquer une psychose ; car dans la plupart de ces états prédisposants il n'existe qu'une faible force de résistance contre l'effet de l'alcool qui est directement toxique et paralyse les vaisseaux.

Quand les excès alcooliques coïncident avec une psychose déjà existante (mélancolie, manie, démence paralytique), ils l'accentuent (la dépression mélancolique devient une mélancolie active et un raptus mélancolique, l'exaltation maniaque devient de la folie furieuse).

Les psychoses, à l'origine desquelles l'abus de l'alcool joue un rôle étiologique, présentent, ainsi que la variété pathogénique et l'importance de l'élément causal le font prévoir, un tableau clinique varié ; cependant il est indéniable que, quand l'abus de l'alcool est la seule cause de la maladie ou la cause prédominante, le tableau morbide revêt un caractère clinique spécial et alors on a parfaitement le droit de parler de psychoses alcooliques. Leur description appartient à la pathologie spéciale et sera faite dans le chapitre sur l'alcoolisme chronique et ses complications.

Dans les cas où l'abus alcoolique n'a que la signification d'une cause occasionnelle et n'est pas la seule, les psychoses qui en résultent ne présentent aucun symptôme spécial. Tout au plus trouve-t-on, quand les excès alcooliques ont été commis à la veille de l'explosion ou durant les troubles psychiques, en dehors des traces d'une intoxication alcoolique, des hallucinations épisodiques qui par elles-mêmes sont étrangères au tableau clinique de la maladie et qui rappellent les délires des sens de l'alcoolisme chronique, surtout ceux du delirium tremens, donnant ainsi une nuance particulière à la maladie.

Quand les excès alcooliques ont été la seule cause occasionnelle ou la cause prédominante chez un individu taré héréditairement, ou par lésion de la tête ou par un autre phénomène quelconque, les symptômes par eux-mêmes ne permettent pas de conclure à la nature alcoolique du cas, à

moins qu'on ne trouve des traces de l'intoxication alcoolique, et certaines visions de spectres, d'animaux, de diables, etc.

Mais la marche de ces cas qui pour la grande majorité évoluent d'une manière aiguë, éclatent brusquement et se résolvent aussi subitement, indique au moins la nature symptomatique de la maladie. S'il y a eu plus de phénomènes de fluxion du côté du cerveau et si l'on envisage ces symptômes d'ensemble avec les autres, il est au moins probable que l'origine de la maladie a pour cause prédominante l'alcool.

AUTRES POISONS

Opium. — Ce que l'abus de l'alcool en détraquant les nerfs et en menant à la dégénérescence psychique produit en Occident, l'abus de l'opium le produit chez les Orientaux et les Chinois[1].

Le *cannabis indica* (haschich) produit aussi des délires et des troubles mentaux.

Des troubles psychiques rares et plutôt accidentels résultent de la consommation de la *jusquiame*, de la *ciguë*, du *datura stramonium*, de la *belladone*[2], des *champignons vénéneux*.

Lors de l'emploi en médecine de l'*atropine*[3], on a aussi observé des troubles psychiques. Ainsi Michéa, en prescrivant longtemps l'atropine aux épileptiques auxquels il donnait des doses allant jusqu'à 1 centigramme, a constaté de l'abrutissement intellectuel, de l'apathie, un langage hésitant, de la difficulté à prononcer certains mots, une légère titubation, de la maladresse des mains, une légère anesthésie.

Kowalewsky a observé une psychose due à l'atropine (folie hallucinatoire) chez un individu atteint d'une maladie des yeux et auquel on avait fait une instillation d'atropine. Après l'emploi d'une grosse dose, le malade a vu des rayons lumineux, des animaux, un peuple en foule. Sur son corps rampaient des insectes. Le malade était tout entier à ses hallucinations. A la suite se manifestèrent les symptômes ordinaires de l'empoisonnement par l'atropine. La guérison eut lieu au bout de dix jours grâce au traitement par la morphine.

Les observations d'autres spécialistes de même que les miennes nous apprennent que la *cocaïne* qu'on emploie à notre époque pour faire abandonner l'usage de la morphine et aussi comme tonique, peut provoquer des troubles psychiques (délire hallucinatoire) quand on s'en sert pendant longtemps et à des doses dépassant une certaine mesure (0,3 par jour)[4].

[1] Morel, *Traité des dégénérescences*, Paris, 1857.

[2] Voir le livre de l'auteur intitulé : *Transitor. Störungen des Selbstbewusstseins*, p. 40 et suivantes.

[3] Michéa, *Gaz. des hôpit.*, 1861. — Kowalewsky, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 36, p. 431.

[4] Schmit et Rank, *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1885, 37. — Obersteiner, *Wiener med. Presse*. 1885, 40.

Il se développe un véritable marasme physique et intellectuel. Souvent il se produit alors épisodiquement des délires nettement toxiques qui pour la plupart consistent en hallucinations visuelles et auditives et présentant beaucoup d'analogies avec celles de l'alcoolisme (délire de persécution, jalousie morbide, visions de petits animaux, etc.). Je n'ai jamais vu de délire d'abstinence, comme on en voit parfois chez les morphiniques, bien que, ordinairement, je cesse brusquement la cocaïne.

On possède des observations analogues en ce qui concerne l'*acide salicylique*[1]. Un homme de vingt-cinq ans est atteint de pleurésie ; il prend chaque jour 9 grammes de salicylate de soude ; au bout de quelques jours il se produit un délire hallucinatoire d'abord gai et ensuite de nature terrifiante. Le malade voit un échafaud, entend son arrêt de mort, sent des personnes qui se couchent sur lui. D'où : peur, dépression, angoisse de la mort. Après cessation du salicylate de soude, les hallucinations disparaissent au bout de huit jours, mais pendant plusieurs semaines encore il reste une légère anxiété et de l'apathie.

On a vu souvent des troubles psychiques se produire pendant le traitement par l'*iodoforme*.

Ces psychoses iodoformiques[2] doivent être considérées comme des délires toxiques. Les principaux symptômes sont : l'émotivité, l'incohérence des hallucinations terrifiantes allant jusqu'au délire furieux.

Durée de plusieurs jours et même de plusieurs semaines. Dans la plupart des cas, guérison rapide après cessation du traitement iodoformique ; parfois mort par paralysie de l'oblongata. Au point de vue du diagnostic l'odeur iodoformique de l'haleine et la recherche des sels d'iode dans l'urine ont une grande importance.

Les troubles psychiques causés par le *seigle ergoté*[3], qui se manifestent quelquefois d'une manière épidémique, sont connus depuis longtemps.

Parmi les onze cas décrits récemment par Siemens, il y en avait dix ayant le caractère de la stupeur, un présentait le tableau de l'incohérence hallucinatoire toxique aiguë (marche rapide, nombreuses hallucinations de nature terrifiante). Les cas de stupeur étaient caractérisés par une grande hébétude du sensorium et par une apathie générale des fonctions intellectuelles, avec crampes épileptiformes.

En même temps il y avait de la cachexie, suppression des menstrues, disparition du réflexe du genou, souvent aussi ataxie des extrémités et des syllabes. Comme prodromes de la stupeur on a trouvé souvent des troubles sensoriels, de l'angoisse précordiale, de l'excitation délirante furieuse avec amnésie. Sur onze cas, neuf guérisons et deux décès. La thérapeutique consista en diète fortifiante, vin lourd et bains chauds.

On a souvent observé que la consommation exagérée du *tabac*[4], de

[1] Obersteiner, *Wiener Klinik*, 1886, février. — Wagner, *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1888, 38.
[2] Citations des ouvrages spéciaux, *Zeitschr. f. Psych.*, 40, fasc. 3, p. 436.
[3] Siemens, *Arch. f. Psychiat.*, XI, fasc. 1 et 2. — Tuczek, *Ibid.*, XIII, fasc. 1.
[4] Richter, *Arch. f. Psych.*, X, fasc. 1 (Citations). — Laskievicz, *Psych. Centralbl.*, 1878, p. 107. — Clémens, *Deutsche Klinik*, 1872, nos 27, 28. — Stucgocki, *Thèse de Paris*, 1867.

même qu'elle provoque des maladies nerveuses (angine de poitrine, neurasthénie, amblyopie), peut aussi produire des maladies mentales (surtout de la paralysie).

Richter a trouvé des douleurs de tête, de l'irritation spinale, de l'amblyopie, de l'angine de poitrine en connexité avec des anomalies de l'état d'esprit. On a cherché la pathogénie dans le trouble de la nutrition centrale (anémie) par l'effet de la nicotine qui resserre les vaisseaux (excitation du centre des nerfs vasculaires dans la moelle allongée) et dans les troubles trophiques directs.

Le pronostic est favorable dans le cas d'abstinence; la thérapeutique consiste en iodure de potassium, hydrothérapie et électrothérapie.

Parmi les *matières végétales* il faut encore mentionner le *maïs* qui, frelaté ou pris comme nourriture exclusive (haute Italie), produit souvent les phénomènes de la folie dite pellagreuse[1] (mélancolie avec impulsions au suicide, délire d'inanition, états de faiblesse psychique, etc.).

On a vu naître aussi des troubles psychiques par abus du *chloroforme*[2], troubles qui sont probablement produits par la paralysie vaso-motrice et par la diminution de l'activité du cœur et de la pression du sang que provoque le chloroforme. On observe des délires et même des formes graves durables et dégénératives (manie périodique, moral insanity).

L'abus du *chloral*[3] exerce d'une manière analogue une action nuisible sur la vie psychique, probablement par trouble de la nutrition, diminution de l'énergie cardiaque et de l'énergie du centre vasculaire.

Certains individus présentent une immunité étonnante contre ce poison. Mais chez beaucoup l'usage continu du chloral rend l'esprit morose, amène une dépression et un abrutissement intellectuels. A plusieurs reprises on a, en supprimant la dose habituelle d'hydrate de chloral, vu éclore des délires hallucinatoires ayant les allures du delirium tremens.

J'ai noté des phénomènes tout à fait analogues dans l'abus de la *paraldéhyde*.

Chez un individu qui en consommait quotidiennement 35 grammes, il y eut du tremblement, diminution de la mémoire et de la vivacité intellectuelle.

Il y eut des symptômes analogues dans un second cas où la consommation quotidienne pendant un an environ allait à 40 grammes. Lorsqu'on supprima la paraldéhyde, il se produisit un état rappelant le delirium tremens, qui dura à peu près cinq jours et se compliqua d'un accès épileptique grave.

[1] Morel, *Traité des dégénerescs.*, p. 157. — Lombroso, *Klinische Beiträge zur Psychiatrie*, édition allemande par Fraenkel. — Cazenave, *L'Union méd.*, 1851, 95, 104, et *Moniteur des hôpit.*, 1857, 10. — Billod, *Annal. méd. psych.*, 1859, p. 161. — Teilleux, *Ibid.*, 1866, p. 177

[2] Webster, *Insanity from chloroform. Journ. of psychol. med.*, 1850, avril. — Fleischel, *Wiener med. Wochenschr.*, 1852, n° 15. — Böhm, *Ziemssen's Handb.*, XV, p. 139. — Büchner (chez Huxeman, *l. c.*, p 682). — Merie, *Med. Times*, 1855, nov. — Schüle, *Handb.*, p. 358. — Svetlin, *Wiener med. Presse*, 1882, 47, 48. — Rehm, *Zeitschr. f. Psych.*, 42, fasc. 5, p. 256.

[3] Rehm, *Arch. f. Psych.*, XVII, fasc. 1 (citations d'ouvrages). — Voir Grahammer, *Friedreichs Blätter*, 1887, fasc. 1.

Les effets nuisibles produits par l'abus de l'*absinthe*[1] et des huiles éthérées de cette catégorie occasionnent des délires toxiques graves, semblables à ceux des alcooliques, avec des idées de persécution et de l'agitation furieuse; ils ont été déjà étudiés à plusieurs reprises par les médecins français.

Gauthier (*Étude clinique sur l'absinthisme chronique*, Paris, 1882), a observé dans les cas d'abus continu d'absinthe : irritabilité, changement de caractère, faiblesse psychique, délires avec hallucinations surtout visuelles et auditives, ayant un caractère encore plus terrifiant que dans l'alcoolisme chronique; en outre tremor, crises épileptiques, surtout lors d'accès répétés, baisse rapide de la puissance sexuelle, hyperesthésie et douleurs rhumatismales pendant la nuit, rarement des anesthésies.

Poisons métalliques[2]. — Chez les ouvriers qui manient beaucoup le plomb et le mercure, il se peut qu'à côté des phénomènes plus ou moins somatiques de l'empoisonnement chronique, la sphère psychique soit souvent aussi atteinte. Les prédispositions individuelles, le genre de vie, les causes affaiblissantes, comme les excès alcooliques et sexuels, sont ici importants comme causes accessoires.

Psychoses saturnines[3]. — On les rencontre assez souvent chez les peintres en bâtiment et les mineurs tantôt avec tantôt sans autres phénomènes d'intoxication saturnine. Bartens cite comme prodromes : amaigrissement, troubles gastriques, teint terreux, bords des gencives couleur d'ardoise. Il y a en même temps des troubles sensoriels (vertiges, maux de tête, tintements d'oreilles, troubles du sommeil, dépression psychique, sentiment d'oppression, irritabilité allant jusqu'au délire élémentaire de persécution, par moments hallucinations terrifiantes.

Des accès épileptiques, des paralysies, des convulsions, des tremblements peuvent constituer les prodromes de la maladie.

Il y a aussi des cas aigus de délire hallucinatoire transitoire (folie saturnine, manie saturnine transitoire, — Wunderlich) qui se produit spontanément ou qui succède à une stupeur prodromique hallucinatoire. A l'apogée de la maladie il y a des accès de fureur avec excitation cérébrale et insomnie. Dans la plupart des cas la durée ne dépasse pas quelques jours. Dans les cas favorables la terminaison se fait par un profond sommeil ou par stupeur; dans d'autres il se produit une évolution vers l'incohérence chronique ou une issue fatale avec phénomènes épileptiques et comateux.

Les psychoses saturnines chroniques sont des formes de la folie toxique hallucinatoire ou des types morbides qui se rapprochent de très près de la paralysie.

[1] Motet, *Considérations sur l'alcoolisme*, Paris, 1859. — Legrand du Saulle, *La Folie*, p. 540.

[2] Falk, *Wirchow's Handb.*, II, p. 214. — Naunyn, *Ziemssen's Handb.*, p. 278.

[3] Böttger et Gellhorn, *Zeitschr. f. Psych.*, 26, p. 224. — Bartens, *Ibid.*, 37. — Ullrich, *Ibid.*, 39, p. 240. — Snell, *Ibid.*, 41, p. 400. — Devouges, *Ann. méd. psychol.*, 1156, p. 521. — Régis, *Ibid.*, 1880., sept. — Monakow, *Arch. f. Psych.*, fasc. 2.

Bartens a observé six cas de folie. Il y avait des hallucinations en quantité (hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût), du délire de persécution terrifiant, trouble grave d'intelligence au point de ne plus se rendre compte de la situation et de l'entourage, accès d'angoisse avec tentatives de suicide. En même temps baisse rapide de la nutrition et troubles moteurs. Il n'y eut guérison que dans un seul cas. Les psychoses saturnines pseudo-paralytiques commencent d'une façon aiguë avec des malaises sensoriels (maux de tête, abasourdissement), de l'insomnie, de l'angoisse précordiale, des hallucinations visuelles terrifiantes, délire de persécution et d'empoisonnement, de sorte que cet état (ivresse du plomb, Ball) ressemble à s'y méprendre à certaines phases aiguës de l'alcoolisme chronique. Après une durée plus ou moins longue de ces phénomènes d'excitation aigus, il se développe une démence, des troubles paralytiques, du marasme; mais dans les cas avec terminaison heureuse (sur dix cas que Régis cite d'après des documents français, il y aurait eu huit guérisons), ces symptômes disparaissent au bout de quelques mois.

Les indications pour le diagnostic différentiel entre la paralysie saturnine et la paralysie ordinaire, sont fournies par l'étiologie, par la teinte terreuse de la peau et de la figure, la coloration ardoisée des gencives, les phénomènes toxiques aigus, l'arrivée rapide de la maladie à son apogée, le trouble particulier de l'intelligence qui ne présente point le léger désordre de conscience du paralytique, mais qui paraît plutôt une entrave intellectuelle qu'une défectuosité, un trouble d'ensemble des phénomènes sensoriels plutôt qu'une perte générale des fonctions corticales allant jusqu'à perdre la conscience des notions de temps et d'espace.

Observation IV. *Paralysie saturnine progressive.* — Roschker, quarante-un ans, célibataire, pas de prédisposition héréditaire, autrefois sain, menant une vie très sobre, n'a jamais eu de lésions à la tête, n'a pas eu la syphilis non plus. Il a depuis des années un emploi très fatiguant comme broyeur de blanc de céruse dans une fabrique de wagons.

Depuis deux ans, son sommeil est troublé, il a des malaises cardiaques et une constipation tenace. Au commencement du mois de septembre 1880, il devint distrait, oublieux; il ne pouvait souvent trouver le terme propre et balbutiait par moments.

Il maigrissait à vue d'œil, son teint devenait terreux; il se sentait de plus en plus faible. Depuis le 12 octobre il était devenu incapable de travailler à cause de la baisse rapide de ses forces physiques et intellectuelles.

Le 26 octobre il se plaignit d'avoir des ténèbres devant les yeux, d'être pris de vertige, d'une vive douleur de tête dans la région frontale, de sentir ses mains comme glacées au point de ne pouvoir rien tenir. Il devenait somnolent, laissait tomber sa cuillère de sa main, couler le manger de sa bouche : on le fit mettre au lit. Il ne dormait pas et se frottait sans cesse le front.

Le 27, on le transporta à l'hôpital. Il était légèrement soporeux. Température : 38°,5. Pas de paralysie. Le 28, il devint agité, tempêtant parce qu'on lui donnait trop peu à manger, ne reconnaissant pas son entourage; il voyait des brigands, se disait volé et voyait des figures noires, menaçantes.

Le 29, on l'amène à la clinique psychiatrique pour délire inquiet.

Le malade est délirant, présente du délire de persécution vague; incohérence grave. Pas de phénomènes de paralysie des extrémités, pas de troubles de la sensibilité. Température : 38°,7. Pouls : 76, lent; tension des artères.

Pupilles peu dilatées, réagissent; mine fatiguée, démente; figure un peu congestionnée. Quand la congestion cesse, le teint devient terreux. Les muscles des lèvres sont parésiés. Fort tremblement des lèvres, de la langue et des mains; dents entourées d'un liséré gingival ardoisé. La parole est un peu balbutiante, avec pauvreté de mots, avec aphasie et ataxie labiale bien caractérisées.

Le malade s'imagine être dans une cave; il prend le garde-malade pour un ébéniste, cherche du bois, se remue comme en somnolence, toujours en geignant, déchire le linge. Démarche raide, un peu chancelante. Réflexes des genoux normaux.

Le 2 novembre on donne au malade 1 gramme d'iodure de potassium et des bains. Température normale. Aucun symptôme végétatif. La conscience s'éclaircit un peu, il fait remarquer lui-même qu'il a eu la tête un peu malade. La démarche est encore un peu incertaine; cette incertitude n'augmente point quand on lui bande les yeux.

La force musculaire est conservée partout. L'examen électrique fait constater un état normal. Au cours du mois de novembre, le malade est calme et se rend compte de son état. Tous les processus intellectuels s'accomplissent lentement et difficilement. La démarche devient plus assurée, l'aphasie disparaît; il a meilleure mine; le liséré ardoisé des gencives diminue.

Au mois de décembre, amélioration des fonctions psychiques; l'ataxie labiale et la parésie de la lèvre droite persistent toujours. Le malade se rend compte de sa maladie.

Le 13 décembre, le malade chez qui on continue le traitement par l'iodure de potassium est renvoyé aux soins de sa famille.

L'amélioration progresse encore au début. Le malade est calme, rangé, capable de faire de petits ouvrages à la maison. On lui donne irrégulièrement de l'iodure de potassium et finalement on ne lui en donne plus du tout.

Lors de l'été 1881 il y a exacerbation. Le malade est devenu oublieux, il a perdu les notions des mouvements les plus simples; il est redevenu inquiet pendant la nuit; il a eu, il y a deux mois, des accès d'angoisse avec l'idée hypocondriaque qu'il est tout raide, qu'il périt, qu'il reste enfoncé dans la glace. A l'occasion de ces accès, il avait des hallucinations terrifiantes de la vue et entendait un tintamarre terrible. Au mois d'août le malade fut troublé complètement; il se promenait sans conscience nette, était souvent pris de peur, se plaignait que son corps s'était tout à fait ramolli. Le langage était devenu traînant, balbutiant.

Le 23 novembre 1881, il fut de nouveau reçu à l'asile.

Il a conscience du temps et des lieux; il se souvient de son séjour de l'année passée à l'asile, il reconnaît qu'il est malade et croit que sa maladie provient du plomb qui s'est concentré dans sa tête. C'est pour cela qu'il est devenu fou et qu'il a vu des hommes noirs. Son cerveau, dit-il, est maintenant toujours chaud, il est tout à fait « tamisé ». Grande faiblesse psychique; tous les efforts psychiques lui sont devenus très difficiles et ceux d'ordre supérieur à peine possibles, mais sa démence n'est pas la démence ordinaire du paralytique; il s'agit plutôt d'un ensemble de symptômes aphasiques (amnésie, aphasie ataxique, surdité des mots), d'une cécité d'âme qu'on peut constater nettement.

Le 17 janvier 1882, le malade est interné à l'asile des aliénés. La déchéance physique et intellectuelle se prononce de plus en plus, l'incertitude de la parole, sa

démarche lourde, un peu nonchalante, par moments les accès congestifs avec agitation psychique qui se manifeste par des hurlements et lui fait déchirer les objets, ne permettent guère de distinguer dans son dernier stade le malade d'un paralytique ordinaire; mais il est à remarquer qu'au mois de mai encore, à l'occasion de la visite d'un médecin qu'il n'avait pas revu depuis neuf mois, il l'a reconnu et à cette époque il avait encore conscience du temps et des lieux.

Au mois de juin, le malade fut pris de symptômes de phtisie pulmonaire; il est mort le 24 août 1882. Autopsie : leptoméningite diffuse chronique; hématome de la dure-mère; œdème et atrophie cérébrale; hydrocéphalie interne; encéphalite des corps striés; tuberculose pulmonaire.

Psychoses mercurielles. — Naunyn décrit comme symptômes de l'empoisonnement mercuriel chronique[1] du système nerveux central, une grande irritabilité psychique pour les impressions extérieures, une timidité extraordinaire, embarras, anxiété, insomnie avec tendance aux hallucinations (éréthisme mercuriel), simultanément avec les phénomènes de mercurialisme (anémie, catarrhe intestinal et stomacal, salivation, tremor). Ces états peuvent donner lieu au développement de la manie, de la mélancolie et de la faiblesse psychique.

Bromisme[2]. — L'usage continu de fortes doses quotidiennes de sels de brome, dépassant 6 grammes, peut, vers la troisième semaine, amener une intoxication bromique.

Cet empoisonnement produit une baisse de l'énergie du cœur (effet de la potasse?) et de l'écorce cérébrale. Les symptômes de l'intoxication par le brome sont au début : faiblesse musculaire, tremblements, disparition des réflexes du palais et du larynx. Alors se manifeste la stupeur qui peut aller jusqu'à la démence la plus profonde (perception profondément troublée par l'inexcitabilité des centres corticaux). Le tableau clinique qui peut avoir beaucoup de ressemblance avec les états avancés de la démence paralytique, est complété par l'aphasie amnestique, un langage balbutiant, une démarche titubante, une parésie générale avec conservation de la sensibilité cutanée, par une figure abrutie, une baisse du tonus musculaire, une teinte pâle et cachectique, une diminution considérable du poids du corps, un pouls rare et irrégulier, de la faiblesse cardiaque, des troubles gastriques, la fétidité de l'haleine, l'enduit fuligineux des lèvres et de la langue. Hameau et Falret ont observé des décès causés par la paralysie du cœur ou par la paralysie des centres nerveux. Quand on supprime l'usage du brome, les symptômes disparaissent au bout de huit à quinze jours. La diète fortifiante, les boissons spiritueuses, les injections de strychnine ont un effet favorable. Les enfants supportent le brome relativement mieux que les adultes, les femmes moins bien que les hommes.

[1] Naunyn, *Ziemssen's Handb.*, p. 306. — Falk, *Wirchow's Handb.*, 2, p. 135.

[2] Böhm, *Ziemssen-s Handb.*, t. XV, p. 22. — Lübden, *Zeitschr. f. Psych.*, 31, fasc. 3. — Bötticher, *Ibid.*, 35. — Voisin, *Traité de la paralysie générale*, p. 298, *Irrenfreund*, 1880, 5, 6, 7.

Gaz toxiques. — Dans cette catégorie rentre l'oxyde de carbone[1] qui, ainsi que les expériences et les décès nous l'apprennent, provoque une hyperhémie cérébrale allant jusqu'à l'apoplexie et au ramollissement. Eulenberg a observé de la manie transitoire comme conséquence de l'intoxication par l'oxyde de carbone; Simon a observé de l'encéphalomalacie, qui parfois ne se déclarait que quelques semaines après, précédée par des maux de tête et des vertiges.

Moreau prétend avoir constaté une intoxication chronique par l'oxyde de carbone chez les boulangers, les cuisiniers, etc., intoxication qui parfois, pendant des années, se manifeste par de l'hypérémie cérébrale (maux de tête, pression aux tempes, tintements d'oreille, manque d'appétit, faiblesse musculaire) et, selon lui, crée la prédisposition grâce à laquelle des causes minimes (notamment l'ivresse) amènent l'éclosion de la maladie proprement dite (délire vague de persécution avec illusions auditives et visuelles; — phosphènes, anges, saints. — plus rarement délire d'empoisonnement avec hallucinations olfactives désagréables). Reste encore à savoir si ces états morbides doivent être mis uniquement sur le compte du gaz oxyde carbonique ou si ce ne sont plutôt les troubles caloriques joints à l'ivrognerie qui interviennent pour une grande part.

Sulfure de carbone[2]. — L'inspiration de cette substance très employée dans les fabriques de caoutchouc, a produit un cas de trouble psychique, d'après Delpech, et deux cas d'après Voisin.

Les symptômes étaient : maux de tête, surdité, vertige, hallucinations visuelles et auditives, fourmillements et douleur pongitive dans les extrémités, dépression mélancolique suivie de manie avec hyperesthésie psychique générale et insomnie.

Intoxications autochtones. — Pour être complet il faudrait encore rappeler le fait que les intoxications peuvent être amenées par les produits de décomposition de la mutation intraorganique, par la rétention de ces produits dans l'organisme ; ainsi la rétention des urines produit de l'urémie (somnolence, coma, accès épileptiques avec état post-épileptique psychique); des états d'excitation avec coma consécutif se produisent dans le diabète : on a essayé de les attribuer à l'acétonémie ; la dépression psychique se montre aussi à la suite de la cholémie (ictères).

Un phénomène bien curieux c'est la cachexie strumpriva[3], c'est-à-dire l'anémie profonde, la cachexie et la torpeur intellectuelles qu'on observe à la suite de l'extirpation des glandes thyroïdes, surtout chez les individus très jeunes. La suppression des glandes thyroïdes dont la fonction consisterait à transformer les produits de la mutation intraorganiques et à les rendre inoffensifs, serait la cause de ces phénomènes.

[1] Hirt, *Krankheiten der Arbeiter*. 1873, p. 32. — Eulenburg, *Die Lehre von den schädlichen Gasen*, p. 41 et 121. — Simon, *Arch. f. Psych.*, I, p. 263. — Moreau, *Des troubles intellectuels dus à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbone*, Paris, 1876.

[2] Voisin, *Ann. méd. psych.*, 1884, mai.

[3] Wagner, *Wiener med. Blätter*, 1884.

TROISIÈME PARTIE

MARCHE, DURÉE ET PRONOSTIC DES AFFECTIONS PSYCHIQUES[1]

CHAPITRE PREMIER

MARCHE ET DURÉE DE LA FOLIE

Après les symptômes, c'est la marche d'une maladie qui constitue le phénomène le plus important. L'aliénation mentale, comme les maladies du cerveau, présente des modes d'évolution et des terminaisons diverses qu'on peut établir par voie empirique.

En résumé, l'aliénation apparaît comme un trouble chronique de l'organe psychique, trouble dont l'évolution dure des mois et même des années ; cependant, il y a aussi par exception des psychonévroses, des formes aiguës et subaiguës, de sorte que l'évolution de la maladie ne dure que quelques semaines.

I. — Folie chronique et subaiguë.

Elle peut évoluer :

α). Comme accès isolé ;

β). Avec retour périodique des accès.

1° Aliénation mentale chronique et subaiguë comme accès isolé

Comme dans toute autre maladie somatique d'une longue durée on peut ici distinguer aussi des prodromes, un stade de développement de la maladie et un stade terminal.

Pour le médecin aliéniste le stade des prodromes[2] est de la plus grande

[1] Esquirol, *Maladies mentales.* — Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 460. — Falret, *Leçons cliniques*, p. 27, 306, 333. — Dagonet, *Traité*, p. 107. — Schüle, *Handb.*, p. 464. — Emminghaus, *Psychopathol.*, p. 276. — Witkowsky, *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1876, 52.

[2] Moreau, *Annal. méd. psychol.*, 1852, p. 157. — Winslow, *Obscure diseases of the brain.* — Hecker, *Volkmanns Sammlung Klin. Vorträge*, n° 108. — Müller, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, p. 33.

importance. Il permet de jeter un coup d'œil sur la pathogénie de la maladie, il offre, en faisant reconnaître à temps le danger, la possibilité d'arrêter chez l'individu l'explosion du mal.

La psychiatrie ne sait que peu de choses positives sur les phénomènes prémonitoires de l'aliénation mentale. Tant que la médecine mentale ne sera pas devenue le bien commun de tous les médecins praticiens, ce stade important passera inaperçu, sans être étudié, et la pathogénie ainsi que la prophylaxie resteront à l'état de pieux désirs.

Ce n'est que quand la maladie fait explosion et qu'elle stimule les souvenirs et fait réfléchir aux antécédents, que des réminiscences vagues et incomplètes fournissent une compensation bien pauvre pour suppléer à l'absence de l'anamnèse scientifique.

Ainsi les recherches scientifiques sur l'incubation restent ordinairement restreintes aux observations faites par les aliénistes dans les asiles lors des récidives et du retour périodique des accès.

Quand on se trouve dans des conditions d'observation favorable, faite de bonne heure par des spécialistes compétents, on voit toujours, contrairement à l'opinion des profanes et des médecins non aliénistes qui considèrent la maladie comme éclatant subitement, qu'il y a un trouble des fonctions cérébrales et, dans un sens plus élevé, des fonctions psychiques, trouble remontant à des semaines, des mois et même des années, et qui a préparé lentement l'éclosion de la maladie.

Les premiers signes discrets du trouble psychique sont souvent très difficiles à distinguer, même pour les spécialistes, de certaines fluctuations de l'état d'esprit, de l'irritabilité d'humeur, du goût et de la capacité au travail, oscillations qui restent encore dans le domaine de la santé psychique. Il y a encore cette circonstance que même certains états d'esprit psychiques et certains modes de réaction nettement prononcés et nettement anormaux peuvent être simplement un réflexe passager et sans signification, résultant de troubles constitutionnels ou localisés, par exemple dépression et irritation psychiques dans les affections des voies digestives, paresse intellectuelle et manque d'énergie dans l'anémie et la chlorose, incohérence et inconstance psychiques au moment de la puberté. Bien que ces phénomènes admettent des interprétations multiples et qu'ils soient insignifiants dans certaines circonstances, ils prennent de l'importance quand le sujet a une tare héréditaire ou qu'il présente les signes d'une constitution névropathique.

D'autres fois, l'importance de ces phénomènes anormaux est réduite par ce fait que des événements antérieurs fâcheux les laissent subsister comme l'effet d'une réaction qui est encore du domaine physiologique. C'est alors l'intensité et la durée insolite de ces troubles émotifs qui donnent les premiers soupçons sur l'existence d'une cause pathologique. Assez fréquemment, il est difficile d'apprécier cet état de choses, parce que la psychose en voie de formation ne se développe pas chez une personnalité parfaitement normale auparavant au point de vue psychique, mais elle n'apparaît que comme l'accentuation de penchants et d'instincts bizarres, d'excentricités

qu'on a remarqués depuis longtemps (hypertrophie du caractère), et parce que l'individu ne diffère qu'au point de vue quantitatif de son ancienne personnalité.

Enfin, il faut encore songer à ces cas non rares où la psychose provient d'une névrose générale et se développe avec les anomalies psychiques élémentaires particulières à cette dernière.

Le tact médical et l'expérience spéciale seront souvent seuls capables de faire diagnostiquer le début de la mélancolie là où un homme inexpérimenté ne verrait que de la chlorose, d'interpréter la paresse comme une absence morbide de volonté, la simple nervosité d'une hystérique comme une affection morale, les effets de la surexcitation cérébrale comme les prodromes de la démence paralytique, etc.

Comme fait établi par l'expérience, on peut formuler cette thèse que la folie chronique ne débute pas par des troubles dans la vie des conceptions (idées délirantes, illusions des sens), mais par des troubles émotifs, par des états d'esprit anormaux et par un changement de l'émotivité.

L'opinion de Guislain que l'aliénation mentale débute par un stade mélancolique, n'est exacte que dans un sens restreint. La crainte, l'irritation, la dépression d'humeur qui précèdent si souvent l'explosion de la maladie mentale, ne peuvent pas être toujours interprétées dans le sens de la mélancolie. La dépression peut être de nature physiologique, c'est-à-dire produite par une cause déprimante qui a un rôle étiologique ; ou bien elle peut être de nature pathologique, mais représenter un phénomène de réaction produit par le pressentiment et la crainte d'une maladie mentale, par des phénomènes d'arrêt dans les représentations, par la conscience de l'incapacité psychique.

Dans beaucoup de cas de manie, dans tous les cas de folie et de paranoïa et aussi dans d'autres formes de dégénérescence psychique, on n'a constaté aucun prodrome mélancolique. Par contre dans les cas qui se développent sur une tare, la transition vers le domaine pathologique s'accomplit lentement, imperceptiblement et presque exclusivement par une gradation quantitative de l'ancienne personnalité, accentuation des sentiments, tendances et désirs anormaux déjà existants, ou parfois brusquement à la suite d'une cause accidentelle ; la date de l'invasion de la maladie peut être établie nettement quand l'aliénation mentale n'a pas son origine dans une prédisposition morbide, quand elle n'est pas favorisée par un germe latent ou acquise par une cause accidentelle puissante.

A côté du changement des fonctions affectives dont nous avons déjà parlé et qui peut s'accentuer jusqu'à amener une transformation complète du caractère, il y a des troubles essentiels dans la forme du processus représentatif (entrave, difficulté à penser, représentations obsédantes). Ce n'est que plus tard que se produisent des troubles dans la nature de la conception, des associations d'idées nouvelles, étranges, pénibles ou surprenantes qui, souvent déjà, éveillent, au début de la maladie, le pressentiment et la crainte de l'aliénation mentale. Souvent ces nouvelles idées se manifestent dans la vie des songes, avant que les états d'esprit et les

représentations morbides se manifestent nettement et de façon à pouvoir être exprimées par des paroles à l'état de veille. Comme dans les songes, la communication intellectuelle avec le monde extérieur cesse; les processus morbides du cerveau qui est sur le point de devenir malade, de même que les sensations troublées qui y sont envoyées par les organes périphériques, se manifestent sans obstacle, d'abord dans la sphère inconsciente de la vie psychique.

Il y a, en outre, des maux de tête, des vertiges, des troubles du sommeil, de la lassitude et de la paresse intellectuelles, de l'irritabilité d'humeur ou de l'indifférence morale, de l'apathie ou de l'inconstance, comme première expression des troubles de la nutrition et de la circulation qui commencent à se produire dans le cerveau. Comme symptômes des troubles des processus végétatifs qui accompagnent les précédents, il y a souvent des troubles gastriques, de l'anorexie, le désir de mets qu'on n'avait jamais désirés autrefois et de substances dont on n'avait jamais usé jusque-là (alcool).

Comme expression du trouble général de la fonction des centres nerveux il se produit un sentiment de malaise général, semblable, à la veille de l'éclosion, au malaise d'une maladie fébrile grave, sentiment de faiblesse physique, lassitude, hyperesthésie sensitive et sensorielle, sentiment de chaleur.

La transformation de l'état psychique se traduit de bonne heure par des changements dans l'expression des yeux, de la physionomie et de l'attitude.

Ces phénomènes prodromiques existent plus ou moins dans tous les cas d'aliénation mentale chronique qui se développent chez une personnalité autrefois saine; mais avec la marche de la maladie, ils dépendent de la forme de l'affection spéciale qui est en voie d'évolution.

L'arrivée à l'apogée de la maladie a rarement lieu brusquement dans l'aliénation mentale à marche chronique; elle s'accomplit le plus souvent successivement, par l'accumulation et par l'accentuation des symptômes prodromiques.

La folie chronique, semblable en cela aux autres affections cérébrales et nerveuses, présente des alternatives de rémissions et d'exacerbations.

Ces alternatives peuvent être attribuées en partie aux variations du degré d'excitabilité de l'organe nerveux central par les irritations morbides (épuisements périodiques, irritabilité augmentée par le concours de toutes les excitations), variations qui sont d'ailleurs causées par l'évolution de la maladie; elles peuvent être aussi ramenées à des phénomènes épisodiques du tableau clinique (angoisse précordiale chez les mélancoliques); cette oscillation dépend probablement aussi des conditions cosmiques extérieures. Les phénomènes physiologiques intercurrents exercent encore une influence, ainsi que le prouvent les exacerbations qui se produisent presque régulièrement à l'époque de la menstruation chez les personnes tarées et les personnes atteintes de maladies de l'utérus.

Parfois on rencontre (chez certains mélancoliques et dans certaines ma-

nies, dans la démence sénile et paralytique) une alternative rigoureusement typique et périodique des symptômes et des séries de symptômes, alternance qui se produit en un jour ou dans l'intervalle de plusieurs jours, et qui presque toujours pourrait être considérée comme de mauvais augure. De même que la folie chronique se développe lentement, de même sa métamorphose régressive est successive et graduelle, avec des rémissions qui deviennent de plus en plus profondes et sérieuses. L'amélioration psychique peut coïncider avec celle des fonctions somatiques (alimentation, sommeil, retour des règles, etc.) ; elle peut leur succéder, mais elle les précède rarement.

L'intensité des symptômes diminue ; les idées délirantes, s'il y en a encore, deviennent plus pâles, plus fragmentées, et sont ébranlées par le pouvoir de critique que le malade vient de récupérer ; les illusions des sens deviennent plus rares et plus pâles. Le goût au travail, le penchant à reprendre ses anciennes habitudes se réveillent à nouveau. Mais souvent il faut encore bien du temps pour que, après les diverses recrudescences et après avoir surmonté des états de torpeur et d'épuisement intellectuels, l'ancienne personnalité finisse par se reconstituer.

Un coup d'œil rétrospectif sur la marche générale des maladies mentales montre ce fait intéressant qu'il y a des psychoses qui présentent une marche progressive à côté d'autres qui, après avoir atteint leur point culminant, restent stationnaires avec quelques oscillations, et qui, quelle que soit leur durée, ne se terminent jamais par les états secondaires de faiblesse psychique. Tel est le cas pour certaines psychoses émotives constitutionnelles (par exemple la mélancolie constitutionnelle) avec caractère raisonnant, et, dans une certaine limite, pour les formes de la paranoïa.

Parmi les psychoses à marche progressive, il y en a qui ont une marche typique, et d'autres une marche atypique.

Les premières (vesania typica, Kahlbaum) ne se rencontrent que chez les individus qui ont une lourde tare. Elles commencent par une mélancolie qui passe à l'état de manie et qui arrive à la guérison ou à un état de faiblesse intellectuelle secondaire (folie secondaire, imbécillité). Ces différentes formes morbides représentent alors en quelque sorte les stades d'une maladie typique (psychonévrose).

Psychoses combinées[1]. — Un fait très important pour la compréhension clinique de ces cas et qui n'est connu que depuis peu, c'est la réunion d'autres formes d'aliénation à une maladie mentale déjà existante qu'elles viennent compliquer ; dans ce cas, les deux ou trois maladies combinées suivent chacune leur marche sans s'influencer l'une l'autre.

Bien entendu, il ne s'agit point, dans ce cas, des symptômes alternants d'une psychose circulaire, ni des symptômes successifs d'une vésanie typique, ni de l'évolution des phases d'une maladie compliquée, comme par exemple la démence paralytique ; il s'agit de la simultanéité de deux

[1] Siemens, *Arch. f. Psych.*, X, fasc. 1. — Magnan, *De la coexistence de plusieurs délires. Arch. de Neurologie.* 1re année, n° 1.

ou même plusieurs formes de maladie chez un même malade, chacune de ces formes ayant une évolution indépendante l'une de l'autre.

Abstraction faite des psychoses qui se développent sur le terrain préexistant d'une imbécillité (moral insanity), ou de la faiblesse mentale acquise (les cas de Siemens), on doit citer comme exemples, d'après les observations et d'après les rapports publiés jusqu'à aujourd'hui :

1° Des cas de paranoïa avec folie épisodique menstruelle (observation personnelle), avec paralysie (Billod, *Ann. Med. Psych.*, 1879, sept. : paranoïa masturbatoire à laquelle s'ajoute la paralysie ; Hoestermann, *Ally. Zeitschr. f. Psych.*, 32, fasc. 3 et 4, trois cas de paranoïa avec paralysie); des paralysies auxquelles s'ajoute une paranoïa hallucinatoire (deux observations personnelles); paranoïa avec mélancolie intercurrente (observation personnelle), avec manie périodique (observation personnelle) ;

2° La folie épileptique avec trouble mental du caractère de nature non épileptique (Magnan, cas n° 8, folie épileptique avec délires postépileptiques, à côté de cela paranoïa avec délire de persécution et des grandeurs); le trouble épileptique disparaît à la suite du traitement par le bromure de potassium (cas n°s 9 et 10 de Magnan, semblables au précédent) ; la folie épileptique combinée avec la folie circulaire (observation personnelle) ; folie épileptique à laquelle s'ajoutent plus tard des idées obsédantes et du délire alcoolique (Magnan, cas n° 12) : folie épileptique et paralytique (Westphal. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1877, 9) ; folie épileptique et paranoïa (Gnauk, *Arch. f. Psych.*, XII, 2 cas, 3, 4) ; délire épileptique et delirium tremens (observation personnelle; Magnan, observation n°s 1, 2 et 3) ; alors le souvenir des faits épileptiques manque, mais celui des faits du delirium tremens peut subsister) ;

3° Des cas de psychoses et de folie alcoolique (abstraction faite des cas fréquents où les excès alcooliques influencent et colorent de manie alcoolique le tableau clinique fondamental, par exemple la manie, la mélancolie, la paralysie) ; paranoïa chronique hallucinatoire et délire alcoolique (Magnan, cas n°s 3 et 5) ; dipsomanie et delirium tremens (Magnan, cas n°s 6 et 7). Nous ne pouvons nous engager ici dans les explications et les hypothèses forcées que Magnan nous donne. La connexité se montre de la façon la plus nette dans la combinaison des psychoses avec la folie alcoolique.

La durée de la folie chronique se prolonge, dans les cas de guérison, pendant des mois entiers et même des années. La durée du stade d'acmé de la maladie ne dépend pas de celle du stade prodromique; par contre celle de la convalescence est habituellement en proportion de la durée et de la violence du stade d'acmé.

Les terminaisons de la folie chronique peuvent être : la guérison[1], des états stationnaires ou progressifs de faiblesse psychique, l'intermission, c'est-à-dire la disparition des symptômes, la mort. La guérison est une

[1] Autrefois on voyait ces guérisons se produire souvent avec des excrétions dites critiques : mais il s'agissait là probablement du rétablissement des fonctions trophiques et sécrétoires, rétablissement qui a lieu avec la disparition de la maladie cérébrale.

terminaison fréquente dans les psychonévroses. Quand elle n'a pas lieu, il se produit dans ce cas des états de faiblesse psychique.

Dans la paranoïa, les intermissions ne sont pas rares. La mort peut être causée par le processus de la maladie lui-même qui se propage aux centres vitaux (démence paralytique, délire aigu, démence sénile) ou indirectement par l'épuisement, par l'inanition qui suit la maladie, par tuberculose par suite de l'insuffisance de la respiration, par le suicide et les accidents.

2° Folie chronique avec retour périodique des accès[1]

Le changement pathologique et durable du cerveau qui est la base de la maladie, se manifeste ici d'une manière analogue à l'accès de la fièvre intermittente, par le retour périodique des paroxysmes psychiques (ordinairement la manie, plus rarement la mélancolie, ou les deux combinés pour devenir la folie circulaire). Contrairement à la marche des psychoses chroniques non périodiques, ici l'éclosion est brusque, l'arrivée à l'apogée de la maladie est rapide; les rémissions pendant le stade culminant sont moins prononcées; la résolution de l'accès proprement dit est assez subite. Les prodromes de l'accès peuvent manquer complètement ou se produire dans un très court espace de temps. Ils sont individuellement tout à fait différents l'un de l'autre ; mais dans les cas isolés ils sont tout à fait typiques et souvent comparables sous ce rapport à l'aura des accès épileptiques. Ces prodromes se manifestent dans la plupart des cas par des phénomènes fluxionnaires, par de l'insomnie, de l'irritabilité, parfois aussi par de l'oppression et un sentiment d'angoisse, par des maux de tête, des névralgies, des paralgies, des troubles gastriques, de la constipation.

La marche des paroxysmes isolés est, en ce qui concerne l'évolution des symptômes et la nature de la maladie, rigoureusement uniforme, typique, et ne présente que des variations d'intensité. Quand le paroxysme a évolué, l'ancienne personnalité intellectuelle se reconstitue immédiatement; ou bien, si les accès sont intenses et de longue durée, il y a à la suite un stade d'épuisement d'une durée variable. La période de retour des accès peut comprendre des semaines, des mois et même des années.

Le retour périodique n'est pas rigoureusement typique, des conditions intérieures et extérieures variables pouvant avoir une certaine influence. L'intensité de l'accès vient aussi en ligne de compte ; car après un accès d'une violence particulière, celui qui suit est souvent retardé. On a l'habitude d'appeler lucides les intervalles compris entre les paroxysmes. Ils ne sont jamais complètement lucides. A côté des symptômes nerveux de la maladie fondamentale, les symptômes psychiques (irritabilité, changement d'humeur) ne manquent pas ordinairement et il se produit de bonne heure de la faiblesse psychique comme trouble permanent.

[1] Comparez Kirn, *Die periodischen Psychosen*, 1878.

Ces intervalles se distinguent de l'intermission par leur plus longue durée, puis par le fait que, dans le cas d'intermission, la psychose reprend à son retour son évolution au point où elle en était quand elle a passé à l'état latent; tandis que, dans le cas de psychose périodique, tout le complexus symptomatique de l'accès évolue de nouveau en recommençant par le début. Ils se distinguent de la récidive par le fait que, dans cette dernière, le nouvel accès est au point de vue clinique différent du premier, tandis que l'accès périodique est stéréotypé et ressemble au premier dans ses moindres détails et, de plus, pendant l'intervalle, l'individu n'est pas tout à fait normal, mais présente des traces de la maladie fondamentale devenue plus ou moins latente. La durée totale de la folie périodique varie. Dans quelques cas très rares les accès ne reviennent plus, soit spontanément, soit sous l'influence de maladies constitutionnelles graves (typhus). Si cela a lieu à une époque où les accès fréquemment réitérés n'ont pas encore créé un état de faiblesse mentale, on est en présence d'une guérison ; il est plus fréquent de voir les accès disparaître à une époque où un état de faiblesse mentale s'est déjà produit ; et plus souvent encore celle-ci se déclare sans que les accès cessent pour cela, parfois même ils deviennent de plus en plus longs jusqu'à ce qu'ils se confondent et finissent par produire une aliénation mentale continue dans laquelle les accès qui reviennent sans cesse ne représentent que des exacerbations.

II. — Folie transitoire[1].

A côté de la folie dont l'évolution se fait en un mois et même en un an, on note certains états psychopathiques dont la durée n'atteint que l'espace de quelques jours et même de quelques heures.

La déclaration brusque, l'élévation rapide du tableau morbide à son apogée avec peu d'oscillations dans l'intensité pendant le stade culminant, la résolution subite et pour ainsi dire critique de l'accès avec rétablissement immédiat du status psychique quo ante, constituent ainsi des différences considérables avec la folie ordinaire (chronique qui ne présente que, dans certaines de ses formes périodiques, une marche semblable à celle de la folie transitoire. On note encore dans cette dernière comme signe caractéristique le trouble plus profond de la conscience pendant toute la durée de l'accès avec des absences de souvenir qui ne manquent jamais, et de plus le caractère délirant de tous les phénomènes cliniques. Ces particularités dans la marche et l'évolution de la folie transitoire s'expliquent étiologiquement en partie par le fait que ce genre de folie est toujours un phénomène de réaction à des influences puissantes, mais qui n'ont

[1] Voir Krafft, *Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins*. 1868. — Schwartzer, *Transitorische Tobsucht*, Wien. 1880. — Le même, *Die Bewusstlosigkeits-Zustände*. Tübingen, 1876. — V. Krafft, *Lehrb. der ger. Psychopathol.*, 3e édition, p. 335.

frappé que passagèrement le cerveau (troubles de la circulation, poisons, émotions, fièvres).

De même, les troubles de développement congénitaux, les anomalies fonctionnelles acquises peuvent faciliter et augmenter l'effet de ces phénomènes anormaux. Souvent c'est un cerveau qui réagit d'une manière anormale dans ses fonctions vaso-motrices, et cette réaction anormale (facilité de production d'une crampe vasculaire ou d'une paralysie vasculaire s'étendant à de vastes régions vasculaires) peut représenter une anomalie congénitale, souvent héréditaire, ou bien acquise par des affections cérébrales récentes, par un trauma, par la syphilis, par des maladies en foyer du cerveau, par l'alcoolisme chronique, les états d'épuisement, etc., et comme telle c'est un phénomène partiel de maladies complexes des nerfs et du cerveau. Dans tous les cas, il faut bien retenir cliniquement que la folie transitoire est un type clinique symptomatique. Dans les cas isolés, il y a nécessité de chercher à la ramener à la névrose spéciale ou à la maladie cérébrale qui en est la cause. Au point de vue pathogénique les cas de folie transitoire peuvent se ramener : 1° aux changements brusques de la pression sanguine et de la répartition du sang par paralysie ou par crampe vasculaire (manie transitoire, états d'anxiété transitoires, émotions pathologiques); 2° à des troubles subits et radicaux dans la nutrition de l'organe psychique causés par le changement qualitatif du sang, c'est-à-dire par le mélange avec des matières étrangères ou par la surcharge de matières d'excrétion ou par le manque de certaines parties constituantes normales qui ne sont pas en quantité suffisante (délires toxiques et d'inanition).

Le trouble de la conscience peut, dans la folie transitoire, consister en états de somnolence, de sopor, de stupeur, et en états crépusculaires. Dans cette conscience profondément troublée, — trouble qui pourrait s'expliquer par des anomalies de la circulation, de la pression sanguine, de la nutrition, allant jusqu'aux phénomènes transsudatifs, — peuvent se produire des phénomènes multiples d'excitation sous forme d'hallucinations, de délires, d'angoisse, des phénomènes d'émotion psycho-motrice. Il y a en plus des phénomènes de réaction anormaux. C'est ainsi que se produisent une série de types cliniques différents les uns des autres, types remarquables par le groupement spécial des symptômes, ce qui leur donne une allure particulière.

Les folies transitoires neurasthéniques, épileptiques et hystériques qui appartiennent à ce groupe, rentrent en même temps dans la catégorie des maladies spéciales; elles seront traités dans les chapitres correspondants de la pathologie spéciale. Les délires toxiques, les délires fébriles et d'inanition ont déjà été étudiés dans le chapitre traitant des causes de l'aliénation mentale. Il nous reste donc ici à traiter comme appartenant à la folie transitoire : la manie transitoire, les états d'anxiété transitoires, les émotions pathologiques et les réactions alcooliques pathologiques.

A. — Manie transitoire[1]

La science moderne comprend par ce mot un trouble mental qui se produit en quelques heures, qui éclate chez des personnes saines d'esprit auparavant et qui le redeviennent après ce dérangement, qui arrive subitement, et qui, pendant toute sa durée, est accompagné d'une profonde obnubilation de l'intelligence, de sorte qu'il ne reste aucun souvenir de la période d'accès. Cette période constitue donc une lacune formelle dans la continuité de la conscience. Sur la base de ce trouble profond de la conscience, on trouve des phénomènes d'excitation psychique (délires, illusions des sens, anomalies des mouvements) qui prennent l'aspect clinique tantôt de la folie furieuse, tantôt du délire aigu hallucinatoire. Le nom de manie convient peu à ce type morbide qui se rapproche plutôt du délire que de la manie avec laquelle il n'a tout au plus de commun que la fuite permanente des idées et les mouvements involontaires agressifs d'origine organique.

L'état tout entier porte l'empreinte d'une puissante excitation cérébrale qui atteint les centres de la sensibilité, des images mentales et des mouvements, et qui supprime la conscience. Cette excitation est produite par une violente hyperémie cérébrale fluxionnaire ; du moins ce sont les phénomènes de fluxion cérébrale (vertige, maux de tête, sentiment d'abasourdissement allant jusqu'à l'ictus apoplectique), l'irritation, la sensibilité à la lumière et au bruit qui précèdent l'accès et qui l'accompagnent (tête rouge, chaude, conjonctives injectées, pouls carotidien plein et mou). Comme autres symptômes d'irritation cérébrale, on observe parfois la salivation, le grincement des dents, des phénomènes de crampes partielles toniques et cloniques. Après de courts prodromes, l'état morbide atteint rapidement son point culminant, la conscience disparaît, et le malade commence à délirer et à rager. Le sujet du délire et des hallucinations est ordinairement de nature terrifiante, mais parfois il s'y mêle aussi des délires de nature gaie. L'agitation du malade, qui n'a plus conscience de lui-même, est démesurée et sans but; c'est en partie une réaction contre les faits délirants et hallucinatoires, en partie l'expression de l'excitation violente des centres psycho-moteurs. Les réflexes qui se produisent sur les nerfs du langage se manifestent sous forme de hurlements et de cris inarticulés ; ce n'est que par-ci par-là que se forment des phrases ou des mots détachés dans cette fuite confuse des images mentales.

La respiration et la circulation sont accélérées par suite de l'énorme jactance ; le malade est souvent littéralement baigné de sueur. Après une demi-heure, au maximum après quelques heures, la crise se détend, le pouls et la circulation reprennent leur marche normale; le malade épuisé

[1] Voir Krafft, *Die Lehre von der Mania transitoria*, 1865. *Transitorische Störungen des Selbstbewusstseins*, p. 76 (nombreuses citations d'ouvrages), et *Irrenfreund*, 1871, 12. — Schwartzer, *Op. cit.* — Mendel, *Die Manie*, p. 69.

tombe dans un profond sommeil dont il se réveille parfaitement lucide quelques heures plus tard. Dans quelques cas rares il y a recrudescence du paroxysme après le sommeil.

Après l'accès, quelques traces d'hyperémie cérébrale subsistent tout au plus pendant quelques heures encore (vertige, mal de tête); comme suites naturelles du paroxysme, il y a de la lassitude et un grand besoin de dormir.

Comme causes prédisposantes, il faut mentionner : la jeunesse, la constitution pléthorique, le tempérament coléreux et irritable, la tendance aux congestions céphaliques. Cette dernière tendance, qui constitue une diminution du pouvoir de résistance des vaso-moteurs, peut tenir à des conditions congénitales, ou peut être acquise par les débauches, les maladies, les accouchements fréquents, les trauma capitis, la syphilis, les chagrins et les soucis continuels.

Comme causes provoquant l'accès, on a noté : la paralysie des vaisseaux due aux émotions, notamment à la colère, aux excès de boisson, au séjour dans une chambre chaude, à la chaleur du soleil.

Les vrais cas de manie transitoire n'ont été jusqu'ici observés que chez des personnes à l'état de veille. Un accès qui se manifeste pendant le sommeil autorise à admettre la présence d'un délire épileptique. La même supposition doit être faite quand des récidives se produisent. Les rechutes sont excessivement rares dans la vraie manie transitoire. Cette manie est rare et pour la majorité des cas qui figurent sous ce nom dans les publications scientifiques, il faut admettre une base épileptique et regarder l'accès comme un équivalent épileptique; souvent même des émotions pathologiques et des états de réaction alcoolique, le raptus mélancolique, des délires hystériques, des accès de manie ordinaire, aiguë et furieuse, ont été souvent désignés à tort comme des cas de manie transitoire.

Au point de vue du diagnostic, il faut noter : l'éclosion subite de la maladie chez des individus sains avant et après l'accès et qui ne sont pas épileptiques, la résolution critique par un profond sommeil, le trouble grave de la conscience avec absence totale de souvenir ensuite, les symptômes de fluxion cérébrale violente qui annoncent et accompagnent le tableau clinique.

L'ensemble des phénomènes peut, anatomiquement, se ramener à un processus hypérémiant intense, mais transitoire, dans l'écorce cérébrale et s'interpréter dans ce sens.

Le pronostic est favorable. La terminaison par apoplexie ou par inflammation cérébrale n'a jamais été observée jusqu'ici. J'ai déjà parlé de la grande rareté des rechutes.

Quant à la thérapeutique, il est tout indiqué de s'assurer du malade qui est aussi dangereux pour lui-même que pour son entourage, de provoquer le sommeil par l'hydrate de chloral, que dans ce cas on ne saurait donner autrement qu'en lavement. Les injections d'ergotine méritent d'être essayées ainsi que celles de duboisine.

Observation V. *Manie transitoire provoquée par des phénomènes caloriques.* — Mme Nembert, trente-six ans, n'a jamais été malade, sauf quelques rares accès de migraine; vie sobre; sensible à la chaleur; issue d'une famille saine; sans antécédents épileptiques ni épileptiformes; a souffert depuis quinze jours d'un rhume de cerveau violent et d'un catarrhe trachéal, eut quelques frissons le 25 novembre 1877 et fit bien chauffer sa chambre où se trouvait un grand poêle en fonte. Vers 11 heures du soir, elle sentit tout d'un coup son corps comme glacé, ensuite elle éprouva une violente chaleur et sentit le sang lui monter à la tête. Elle se mit à délirer, fut prise d'une agitation gaie, chantant des chansons, courant à tort et à travers dans la chambre pour chercher ses enfants. Tout d'un coup elle fut prise d'angoisse et devint furieuse. Le médecin, qu'on fit venir vers minuit, trouva une température de 30° Réaumur (!) dans sa chambre. La malade était prise de folie furieuse et disait qu'on lui couperait la tête; elle écumait, rageait, en proie à des terreurs. Episodiquement elle riait, chantait et faisait des bouts rimés. La tête était chaude et rouge, les pupilles dilatées, l'irritabilité réflexe très accentuée. Le médecin injecta 0 gr. 03 de morphine. Il n'y eut aucune détente. Ce n'est que vers le matin que la malade s'endormit; elle se réveilla très lucide après quelques heures de sommeil, et tout étonnée, elle essaya de s'orienter dans l'hôpital où elle se trouvait. La température du corps était au-dessous de la normale.

Elle n'avait pas la moindre connaissance de tout ce qui venait de se passer. Elle ne se rappelait que de s'être endormie avec un sentiment de chaleur. Elle vomissait, se sentait très lasse, prise de vertige (effet de la morphine); elle se remit complètement.

En dehors du malaise catarrhal susmentionné, on n'a trouvé aucune maladie physique.

B. — Etats d'angoisse transitoires[1]

On peut observer des cas de folie transitoire dans lesquels l'intelligence du malade est profondément troublée, où il est importuné par des sentiments de vive angoisse et par la crainte de dangers menaçants. Ces états peuvent durer des heures et même plusieurs jours. Selon le degré du trouble de l'intelligence, le souvenir de la phase morbide est sommaire ou même manque. L'angoisse peut présenter les degrés d'intensité les plus divers, et varier de la simple oppression anxieuse à l'arrêt complet de tous les actes psychiques.

A l'apogée de la maladie, les illusions terrifiantes des sens (ouïe, vision), les idées terribles de sinistre qui menace et dans lesquelles la peur s'objective, manquent rarement. Comme réaction de l'angoisse et du délire se produisent des impulsions motrices qui de la simple inquiétude motrice peuvent aller jusqu'aux violences inspirées par une défense désespérée contre un prétendu danger de mort.

L'angoisse excessive et violente éprouvée ordinairement dans la région précordiale avec trouble profond de l'intelligence durant des minutes

[1] Erlemneyer, *Melancholia transitor. Corr. Blatt. f. Psych.*, 1867, 8, 9, 10. — Schwartzer, *Transit. Tobsucht*, p. 74. — Bonnet, *Folie transit. homicide; Ann. médico-psychol.*, 12 avril. — V. Krafft, *Transitorische Störungen*, etc., p. 91.

et même des heures, provoquant comme réaction des actes violents et psychiquement réflexes, est désignée habituellement par le terme de raptus mélancolique. Comme ils se rencontrent pour la plupart dans la mélancolie comme phénomènes épisodiques, ils seront étudiés dans le chapitre traitant de cette dernière forme de l'aliénation mentale. Ici nous n'avons affaire qu'aux états d'angoisse transitoire qui se produisent isolément chez des individus sains avant et après l'accès. Les états de petit mal épileptique qui s'en rapprochent de très près au point de vue symptomatologique, seront étudiés dans la pathologie spéciale.

Pour les états d'angoisse transitoire il faut aussi admettre une interprétation symptomatique et rechercher sa pathogénie dans des troubles de la circulation d'origine vaso-motrice et se manifestant d'une manière aiguë. Pour une série de cas on trouve des symptômes d'anémie cérébrale comme signes précurseurs de l'accès et l'accompagnant; et, comme des phénomènes de spasme vasculaire existent dans les artères accessibles à l'examen, il est probable que ces troubles fonctionnels existent aussi dans les vaisseaux du cerveau.

Comme causes prédisposantes des états d'angoisse transitoire on a noté : la constitution névropathique, souvent aussi les névroses prononcées sous forme d'hystérie, d'hypocondrie, de neurasthénie. Cette dernière est d'une importance toute particulière quand elle résulte de la masturbation. La puberté, la grossesse, la lactation, les menstrues semblent renforcer la prédisposition; puis le surmenage intellectuel et physique, et surtout les veilles. Comme causes occasionnelles il faut citer : les émotions, les pertes de sang, les névralgies, peut-être aussi les excès alcooliques, les troubles gastriques et l'habitude de fumer du tabac trop fort.

Le pronostic est favorable. Les récidives ne sont pas rares. Pendant l'accès, le malade est très dangereux pour sa propre personne par suite de son tœdium vitæ; il l'est également pour son entourage. Les bains tièdes, les injections de morphine, l'hydrate de chloral, l'azotite d'amyle soulagent et abrègent l'accès.

Observation VI. *État d'angoisse transitoire à base neurasthénique.* — Leifner, trente-quatre ans, célibataire, ouvrier dans une usine de fer, a été arrêté par la police au moment où il voulait se jeter dans la rivière et a été ensuite amené à la clinique de Gratz où il a été reconnu atteint d'aliénation mentale. Le malade est confus, délirant, avec entrave des fonctions psychiques; il a l'air bouleversé. Il déclare qu'il éprouve de l'angoisse, qu'il a vu des noyés, qu'il en a frotté un avec de la paille; celui-ci se serait réveillé et l'aurait empoigné.

Il prétend alors voir continuellement un homme noir, qui a l'air d'un ouvrier en métallurgie et qui le suit partout. Voilà pourquoi il est toujours plein d'angoisse; enfin il n'a pu trouver d'autre moyen de se tirer de là que de se jeter à l'eau. Un soldat l'aurait empoigné et l'aurait amené ici.

Pour le moment on ne peut pas tirer autre chose de ce malade peureux, confus, qui ramène la couverture de son lit par-dessus ses oreilles pour ne plus voir le monstre noir; il passe la nuit dans cette position, sans dormir, mais en restant tranquille. Le lendemain encore (8 janvier 1882), le malade est anxieux, bouleversé, il se

cache dans son lit. Le 9, après une nuit blanche, sa mimique devient plus dégagée; il s'aperçoit qu'il n'est pas chez lui et cherche à s'orienter. Le fantôme a disparu, mais il sent sur sa tête et sur sa poitrine comme un poids énorme. Il voit tout comme à travers un brouillard. Le 10 janvier, le malade devient lucide, il s'oriente, se plaint de pression et d'oppression sur la poitrine, que sa tête est comme prise dans un étau. Les souvenirs lui reviennent par lambeaux.

Le 5, il fut pris d'anxiété pendant son travail. Il lui sembla qu'il était forcé de se sauver. Il passa la nuit du 6 sans dormir. Le 6 au matin, il se rendit de nouveau au travail. La peur ne le laissait plus tranquille. Vers 10 heures il rentra chez lui, fit sa toilette et alla en ville. Il se sentait poussé en avant par une force irrésistible. Il prit un verre de bière dans un restaurant, ensuite il rôda dans les rues et le soir il entra par hasard au théâtre. Etant placé aux galeries, il fut pris de vertige. Il passa à la caisse et prit un billet de parterre. Il ne put rester au théâtre par peur; il sortit, erra dans les rues, arriva à la gare, prit sans motif la résolution de partir pour Vienne, passa la nuit dans un hôtel dont il connait le nom. Le 7, il eut la vision de l'ouvrier forgeron noir. Il vagabonda; il se rappelle vaguement avoir vu passer un convoi funèbre, les quartiers par où il a passé et son arrestation. Des faits du 8 il n'a gardé aucun souvenir.

Le malade n'a pas de tare héréditaire, pas d'antécédents épileptiques, il n'est pas potator. En 1880 il a souffert de cholérine et plus tard de fièvre intermittente; il en fut très affaibli; avant il avait toujours été bien portant. Dans son travail il était souvent exposé à la chaleur et il avait souvent éprouvé du vertige et des maux de tête. Son travail était très dur; il avait en outre beaucoup d'émotions morales. Depuis trois semaines il avait senti croître sa lassitude; il avait mal dormi, avait eu la nuit des rêves d'incendie, de chute dans un précipice. Le travail lui était plus pénible, il tremblait facilement, se sentait fatigué le matin à son réveil, transpirait même par une température fraîche, éprouvait une pression insupportable sur la tête, des battements de cœur, de l'oppression précordiale; il ne supportait plus même des quantités minimes d'alcool, il se sentait tout de suite ivre. Huit jours avant son accès, il avait eu une contrariété violente.

Le malade est de taille moyenne, assez robuste, un peu anémique, sans fièvre. Certaines apophyses épineuses des vertèbres dorsales sont sensibles à la pression. La rate n'est pas augmentée de volume, les fonctions des organes végétatifs ne présentent aucun trouble. Il nie avoir jamais pratiqué la masturbation. Aucun soupçon à ce sujet. Le malade est maintenant lucide d'une façon durable; il n'a plus peur. Il présente comme auparavant des symptômes neurasthéniques qui s'améliorent avec un traitement tonique. Le sommeil est troublé par des rêves terrifiants. Le 28 janvier 1882 le malade est renvoyé guéri. Il n'y eut pas de rechute.

C. — Émotions pathologiques

Les processus émotifs peuvent atteindre une intensité anormale et demander beaucoup de temps pour disparaître. On parle alors d'émotions pathologiques. Une émotion paraît d'une intensité anormale quand la personne atteinte perd conscience et que ses réactions motrices perdent le caractère d'actes volontaires. Une émotion pathologique peut durer plusieurs heures et même plusieurs jours.

Rigoureusement il ne s'agit plus ici d'émotion mais d'un trouble mental

transitoire provoqué par le choc émotif. Celui-ci donne lieu à des changements d'innervation vasculaire plus profonds et plus durables que n'en produisent les émotions ordinaires, c'est-à-dire celles qui ne vont pas jusqu'à faire perdre conscience à l'individu et qui disparaissent très vite. Suivant le genre et la cause de l'émotion (par exemple la terreur), il s'agira de troubles d'innervation vaso-spasmodiques ou vaso-paralytiques (comme la colère). La grande intensité des troubles d'innervation indique que les centres vaso-moteurs ont été touchés par le choc émotif. Dans toutes les circonstances, la répartition du sang et la pression sanguine subissent un trouble subit et profond, et c'est ce qui explique ce symptôme très remarquable au point de vue clinique, l'obnubilation plus ou moins complète de la conscience, fait auquel correspond, après l'accès, un souvenir vague ou le manque absolu de tout souvenir.

Le mode d'origine des émotions pathologiques est variable.

Tout d'abord la nature de l'émotion est importante. Seules les émotions de nature dépressive, l'angoisse, l'horreur et la colère, amènent une réaction pathologique et cette réaction se produit d'autant plus facilement que l'émotion a été plus inattendue et qu'elle a plus puissamment menacé les intérêts de la personnalité (danger pour la vie, atteinte grave à l'honneur civique ou sexuel).

Cependant, ce qui est décisif, c'est l'état dans lequel se trouvaient les centres vasculaires au moment du choc émotif. Une irritabilité anormale ou une grande tendance à l'épuisement peuvent exister chez eux d'une manière permanente ou passagère. La réaction anormale des centres vasculaires, quand elle se manifeste d'une manière durable, est souvent le phénomène partiel d'une tare héréditaire (irritabilité morbide d'humeur), d'un arrêt de développement du cerveau (imbécillité), d'une névrose (hystérie, épilepsie, hypocondrie, neurasthénie, chorée, etc.), d'un état de faiblesse cérébrale acquise après apoplexie (trauma capitis, maladie mentale, etc.), ou d'une maladie cérébrale actuelle (commencement de trouble mental, alcoolisme chronique, syphilis cérébrale, etc.).

Dans ces états il existe alors une susceptibilité anormale du système vasculaire pour les boissons alcooliques (voir plus bas : *Réactions alcooliques pathologiques*).

La faiblesse fonctionnelle des centres nerveux vasculaires est provoquée passagèrement par l'influence déprimante des maladies consomptives douloureuses qui privent de sommeil, par le puerpérium, par le surmenage physique et intellectuel, par le manque d'alimentation, les chagrins, les soucis, les passions.

Il est probable qu'un cerveau robuste peut aussi réagir d'une manière pathologique en face d'émotions, surtout quand au choc émotif s'ajoutent la consommation de l'acool et une température extérieure très élevée.

Le tableau clinique des émotions pathologiques peut se rapprocher de celui de la manie transitoire (ira furor brevis) ou se manifester comme des états d'arrêt sous forme de stupeur (par crampe vasculaire ou par paralysie vasculaire avec œdème consécutif), ou comme une sorte de trouble.

Les états de trouble présentent des nuances selon que les hallucinations et les délires apparaissent épisodiquement et ordinairement comme des effets de l'impulsion émotive ou bien selon que le trouble (comme un pêle-mêle de représentations ayant le caractère des rêves et dont l'association est entravée par suite d'un trouble profond de la perception) existe seul sans aucune complication. Le trouble des fonctions intellectuelles peut ici encore se compliquer (la terreur) d'aphasie et de paraphasie.

La terminaison de ces états d'émotion pathologique a lieu dans la plupart des cas subitement, après une durée de plusieurs heures et même de plusieurs jours. Il y a des cas qui provoquent un trouble mental chronique ou même une décadence directe de la vie intellectuelle, une démence profonde et durable.

Observation VII. *Confusion des idées et ensuite stupeur par suite de terreur.* — Gauber, onze ans, écolier, né d'une mère névropathe. Pas d'antécédents épileptiques. Le malade s'est bien développé et n'a jamais été malade jusqu'à il y a quatorze mois. C'est alors qu'il eut dans une chute un ébranlement cérébral à la suite duquel il serait resté sans connaissance pendant plusieurs jours. Depuis quelque temps déjà, on observait chez lui une émotivité et des frayeurs insolites.

Le 22 septembre 1880, son père le menaça de lui appliquer une verte correction. Il fut saisi d'une grande peur, se sauva par crainte et fut plus tard ramené à la maison tout confus et bouleversé. Il n'était plus le même à l'école et ne comprenait plus rien aux leçons du professeur.

Dans cet état il reçut, le 25, de l'homme de peine de la maison, quelques vigoureux soufflets. Il devint alors stupide, paralysé par la peur; il avait toujours le regard vague et fixé devant lui.

Le 26, quand il est reçu à la clinique, le malade est tout troublé et ne parle pas. Il se débat contre tout examen, la bouche fermée. Il n'a pas de fièvre. Le pouls, à 60, est très petit. Aucun signe de dégénérescence. Le malade est développé normalement pour son âge, un peu anémique. Abandonné à lui-même, il se met sur la tête, jambes en l'air, se couvre la figure avec les mains et les couvertures du lit, se roule sur le plancher. Trouble profond de l'intelligence. Par moments sa mine bouleversée est animée par un sourire. Les pupilles sont constamment très dilatées, mais elles réagissent. Les nuits sont calmes. Jusqu'au 30, le malade est troublé et se blottit dans les coins. Le 28 et le 29, il a de la salivation pendant quelques heures; il déchire sa chemise, puis son chapeau, regarde d'un air goguenard, chante, siffle par moments. Quand on lui parle de l'état de sa santé, il répond par un sourire malin en disant : « je ne sais pas ».

Le 30 au matin, le malade, après avoir bien dormi la nuit, est redevenu sain d'esprit. Il n'a qu'un souvenir très sommaire de ce qui vient de se passer. Il ne peut rien dire de ses hallucinations et de son délire. Il ne se connaissait plus, dit-il, il était tout bête; il se sent maintenant comme s'il venait de se réveiller d'un rêve confus.

Le malade est resté sain depuis.

D. — Etats de réaction alcoolique pathologiques

La réaction du cerveau normal après un excès alcoolique a été déjà décrite plus haut. Il y a des états de réaction alcoolique pathologiques qui

ne se présentent plus comme une ivresse ordinaire, mais comme une folie transitoire.

La quantité et la qualité de la boisson enivrante ne jouent qu'un rôle secondaire, ce sont les conditions constitutionnelles et prémorbides qui sont déterminantes dans ce cas. Dans tous les cas le mode d'origine de ces états est moins directement chimique (troubles de la nutrition des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale, intoxication) que dynamique par suite d'une influence qui paralyse les vaisseaux, agit sur les centres vasomoteurs et cause ainsi un état fluxionnaire.

Les conditions étiologiques sont essentiellement les mêmes que celles qu'on a notées pour les états d'émotion pathologique, mais c'est surtout l'influence débilitante des excès alcooliques continus qui joue ici un rôle important. Les causes occasionnelles sont, outre l'usage de l'alcool, les émotions, les jeûnes, les nuits sans sommeil, les influences caloriques.

Il y a des états crépusculaires délirants et des états d'excitation hallucinatoire délirante, mais seulement quand l'abus alcoolique dure depuis longtemps ; on rencontre, en outre, des états de manie transitoire.

Le delirium acutum rappelle beaucoup le grand mal des épileptiques. Après les symptômes plus ou moins nets d'une intoxication alcoolique, il se produit une angoisse croissante ayant les allures d'un aura et des hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue. La conscience s'éteint. Le malade erre, vagabonde, torturé par une angoisse terrible et par des hallucinations nombreuses, il ne reconnaît pas son entourage qu'il redoute ; il est comme pris d'un cauchemar, devient agressif, se démène, entre en rage quand son agitation anxieuse a atteint son apogée. Dans l'intervalle des rémissions une sorte de stupeur peut se produire. Après quelques heures et même après quelques jours, le malade reprend conscience, mais avec une amnésie pour tout ce qui vient de se produire pendant l'accès.

Au point de vue du diagnostic, il faut, pour distinguer cet état d'une ivresse ordinaire, prendre en considération :

1° Qu'il y a une disproportion entre la quantité de boisson ingérée et l'effet, parce que des conditions organiques intérieures ou accidentelles se sont surajoutées comme effet accumulant.

2° La liaison chronologique de la cause et de l'effet n'est pas la même que dans l'ivresse ordinaire. Ici manque la gradation successive des symptômes alcooliques qui existe dans l'ivresse ordinaire. L'état d'ivresse pathologique se manifeste tout de suite, au début de l'excès, ou longtemps après, à la suite d'un phénomène émotif qui augmente la congestion alcoolique latente.

3° Au point de vue qualitatif, il y a aussi une différence entre cet état et l'ivresse ordinaire. Il se produit un délire plus ou moins incohérent, un trouble profond de la perception dû à des illusions des sens, des phénomènes maniaques avec actes instinctifs allant jusqu'aux explosions de rage et à l'impulsion à détruire.

Les mouvements ne sont pas chancelants, ataxiques comme chez les gens ivres, mais ils ont un caractère maniaque; ils sont sûrs, vigoureux, énergiques.

Au trouble profond de l'intelligence correspond une absence de souvenir complète pour le temps du paroxysme. Le paroxysme est précédé par des symptômes de congestion cérébrale (rougeur fluxionnaire, mal de tête, vertige, hyperesthésie des organes sensitifs); ces mêmes symptômes l'accompagnent.

Observation VIII. *Etat crépusculaire délirant après usage d'alcool.* — Planitz, trente ans, ouvrier forgeron, potator, a eu, il y a quelques années, un typhus grave et a présenté depuis une intolérance surprenante pour l'alcool. Pas d'antécédents épileptiques.

Le 15 mars, il s'enivra en gaie compagnie; tout d'un coup il quitta le cabaret, alla chez le caissier, demanda une avance sur son salaire, menaçant d'aller se pendre si sa demande n'était pas accueillie. Quand on lui eut dit de repasser dans une heure, il rentra chez lui, fit de ses meilleurs habits un paquet, et l'apporta au cabaretier en lui disant : « Voilà mes effets, prends-les, moi je vais me pendre. » Il sortit en courant, grimpa sur un enclos haut de sept pieds, ensuite sur un arbre, attacha à celui-ci une corde et s'y pendit. On était accouru derrière lui, on coupa vite la corde et le malade qui était déjà asphyxié fut rappelé à la vie. Alors il se mit à rager, il était inabordable et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on put le dompter. Le 16, il était calme, épuisé, et c'est dans cet état qu'il fut amené à l'asile. Là il reprit ses sens le 18 et parut tout étonné. Il ne savait rien de ce qui s'était passé depuis qu'il avait quitté le cabaret. Sur son cou existait encore l'empreinte de la strangulation. Il était encore très épuisé intellectuellement, il se plaignait de maux de tête, avait du tremblement des doigts et de la langue, les pupilles dilatées. En dehors d'un catarrhe gastrique, il n'y avait aucun trouble végétatif. Les phénomènes avaient disparu vers le 26 mars et le malade quitta l'asile.

Observation IX. *Cas analogue.* — Mohrbeck, vingt-cinq ans, mécanicien, fils d'un potator, autrefois sain, n'a jamais été épileptique; s'est depuis quatre mois souvent enivré, par suite de la contrariété que lui causa un héritage manqué; et, dans ces dernières semaines, plusieurs fois, à l'apogée de son ivresse, a montré de l'agitation anxieuse délirante et présenté des symptômes d'alcoolisme au début (malaises gastriques, vertiges, mal de tête, mauvais sommeil troublé par des cauchemars, des visions d'animaux).

Le 11 janvier, après avoir bu le matin plus de vin qu'il ne fallait et présenté des traces d'ivresse, il alla chez un armurier, acheta deux pistolets et demanda à celui-ci de les charger séance tenante. Cela parut louche au vendeur. Il accompagna sous un prétexte son client dans la rue, alla avec lui dans un cabaret où M..... fit apporter une bouteille de vin. Tout d'un coup ce dernier devient agité, se met à pousser des jurons et à faire du tapage de sorte que la police dut intervenir. A l'arrivée à l'hôpital il était congestionné, gravement troublé dans son intelligence, agité, confus, en colère, délirant, mais sans fièvre. Bientôt il s'endormit; il se réveilla le 12 au matin tout à fait lucide et n'ayant qu'un souvenir de rêve de tout ce qui s'était passé. Il cherchait dans ses souvenirs le motif de l'achat des pistolets. L'observation à laquelle on l'a soumis par la suite n'a fourni rien de notable en dehors des symptômes d'un alcoolisme léger, qui disparurent bientôt. Le 17 février, M... fut renvoyé de la clinique d'observation.

CHAPITRE II

MORTALITÉ. — MALADIES INTERCURRENTES IMPORTANTES[1]

La mortalité des aliénés est plus grande que celle des individus normaux du même âge.

Elle est occasionnée en partie par cette circonstance que beaucoup d'aliénés sont d'une constitution névropathique qui les rend moins aptes à résister aux intempéries extérieures; en partie par le fait que le trouble psychique donne lieu à des irrégularités dans l'alimentation, dans le genre de vie et qu'elle entraîne des troubles profonds de la nutrition (anémie) par l'influence directe ou indirecte qu'elle exerce sur les organes végétatifs; qu'elle rend les malades insensibles aux intempéries extérieures (froid, impressions douloureuses, etc.) et qu'ainsi elle les amène à s'y exposer davantage. Chez les mélancoliques il y a de plus une respiration souvent défectueuse et par conséquent une décarbonisation incomplète du sang; chez beaucoup de déments les mouvements physiques sont insuffisants. De plus les aliénés qui ne sont pas soignés dans les asiles sont ordinairement négligés, ou bien ils s'opposent à ce qu'on les soigne; ensuite, dans les asiles, pour la plupart trop encombrés, la vie en commun avec beaucoup de personnes, dans un espace restreint, exerce une influence antihygiénique; enfin il faut encore tenir compte de ce que la maladie cérébrale peut s'étendre à d'autres parties du système nerveux qui ont une importance vitale. L'aliénation mentale n'offre pas d'immunité contre aucune maladie. Toutes les maladies aiguës ou chroniques qui se rencontrent chez les personnes normales sont observées aussi dans les asiles d'aliénés. Grâce à leur moindre capacité de résistance, les aliénés sont plus facilement atteints par les maladies épidémiques, quand il s'en produit dans les asiles; aussi leur mortalité est-elle plus grande. Le carcinome paraît se rencontrer un peu plus rarement chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit.

Le diagnostic des maladies intercurrentes somatiques, même quand elles sont graves, présente des difficultés particulières, parce que le trouble de l'intelligence et l'analgésie de beaucoup d'aliénés empêchent les troubles

[1] Thore, *Ann. méd. psychol.*, 1844, 1846. — Dagonet, *Traité*, p. 117. — Seppilli e Riva, *Annali universali di Medicina*, 1879, vol. 249.

subjectifs de se manifester. Le diagnostic est encore plus difficile ici que dans la pratique des maladies d'enfants où du moins le praticien voit se manifester des sentiments de douleur. Aussi le typhus, la pneumonie et d'autres maladies graves ont souvent une allure ambulatoire et ne sont reconnues qu'à l'agonie ou sur la table de dissection. Comme il s'agit ordinairement d'individus affaiblis, cachectiques, le pronostic est sans exception plus mauvais que chez les individus sains d'esprit.

Un rôle principal parmi les affections somatiques des aliénés revient à l'anémie constitutionnelle, notamment chez les individus du sexe féminin.

Beaucoup d'aliénés chroniques meurent simplement d'anémie et de marasme. On doit admettre des causes trophiques inconnues en connexité avec la maladie centrale (sympathique?) pour expliquer certaines de ces anémies qui résistent à tous les moyens diététiques et médicamenteux, qui commencent avant la puberté et persistent pendant toute l'existence de l'individu atteint.

Les affections inflammatoires des organes de la respiration sont très importantes et très fréquentes. Les pneumonies sont la cause de la mort dans environ un sixième des cas. Les pneumonies hypostatiques sont particulièrement fréquentes dans les démences marastiques et on peut les attribuer à l'affaiblissement du cœur et au ralentissement de la respiration.

La pneumonie causée par paralysie vasculaire et dépendant du processus cérébral paraît être la cause de la mort chez les paralytiques (Gaye, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 10, p. 569). La pneumonie croupale n'est pas rare non plus et son développement est favorisé par le chaud et le froid auquel s'exposent beaucoup de malades, notamment les fous furieux.

Comme chez les vieillards, la pneumonie a une marche latente chez les aliénés, sans frisson, ni toux, ni expectoration, de sorte que seul le diagnostic physique peut la déceler. Le manque d'appétit, la manifestation subite d'un état adynamique sont souvent les seuls symptômes extérieurs de la maladie au début.

La tuberculose est très fréquente dans les asiles d'aliénés. Dagonet (*Traité des mal. ment.*, p. 123) a trouvé sur 428 décès 109 cas où la mort avait été causée par la phtisie pulmonaire. Les recherches statistiques de Hagen confirment aussi ce fait que les aliénés succombent cinq fois plus fréquemment à la tuberculose pulmonaire que les individus sains d'esprit, et que, chez les tuberculeux, l'aliénation mentale est cinq fois plus fréquente que chez les non tuberculeux.

Ce fait s'explique probablement en partie par la constitution névropathique qui est souvent la base de ces deux maladies, mais en grande partie par l'alimentation insuffisante des aliénés qui jeûnent et notamment des mélancoliques qui de plus respirent d'une manière incomplète, enfin par le manque d'hygiène des asiles qui sont trop encombrés.

La gangrène pulmonaire n'est pas rare comme phénomène d'inanition chez les malades qui jeûnent, mais elle peut être souvent causée aussi par

l'entrée de parcelles alimentaires dans les voies aériennes par suite de l'alimentation artificielle mal appliquée (L. Meyer).

La gangrène est aussi quelquefois un phénomène partiel de processus septiques (décubitus sanieux) et pourrait peut-être se ramener à une embolie septique.

Dans la gangrène d'inanition, la maladie prend la marche suivante : tout d'abord un amaigrissement se produit, il y a de la fièvre, de la dyspnée, du catarrhe, des douleurs thoraciques, une grande faiblesse musculaire ; les extrémités sont froides; ajoutez à cela des sueurs, une teinte pâle de la peau et la cyanose des joues [1].

Les crachats et l'haleine deviennent d'une fétidité excessive; les signes physiques de la condensation pulmonaire, la pleurésie, même le pneumothorax et des hémorragies pulmonaires peuvent se produire. Alors la mort a lieu par anémie, pyémie, pneumothorax, hémorragies profuses, au bout de dix jours, tout au plus de trois semaines (Fischel).

Le catarrhe intestinal avec érosions catarrhales n'est pas rare chez les aliénés et est parfois la cause de la mort (marasme). Le manque d'appétit, le météorisme, la chute rapide des forces, des diarrhées qu'on ne peut arrêter sont les phénomènes les plus importants.

Les affections chirurgicales [2] qu'ils déterminent en se blessant eux-mêmes ou par les blessures qu'ils reçoivent, sont très fréquentes chez les aliénés.

Le furoncle et l'anthrax sont assez souvent la conséquence des infections et des lésions de la peau chez les malades malpropres, qui se barbouillent avec leurs excréments et fouillent les ordures.

L'introduction de corps étrangers dans les cavités naturelles du corps par simple amusement, par excitation sexuelle ou par suite du tædium vitæ, a lieu assez souvent. Des instruments qui servent à l'alimentation, tels que des fourchettes, ont été avalés par des aliénés.

L'érysipèle de la face se produit par suite de lésions ou de malpropreté de la membrane pituitaire; les catarrhes oculaires sont souvent occasionnés par le fait que les malades se souillent les yeux avec de l'urine, des glaires vaginales, etc.

Le décubitus, comme phénomène neurotrophique, est favorisé par la malpropreté chez les aliénés paralytiques et ceux qui sont dans le marasme.

Une grande fragilité des os n'est pas rare, notamment chez les paralytiques. Elle va souvent de pair avec une grande déperdition des sels calcaires, et se manifeste surtout aux crêtes osseuses qu'on peut alors couper au couteau.

Des contusions insignifiantes suffisent pour produire des fractures de côtes qui alors entraînent souvent une pleurésie.

[1] Comparez Guislain, qui a déjà appelé l'attention sur la couleur foncée, rouge brun, plus tard cyanotique, des joues, comme signe diagnostic.

[2] Christian, *Ann. méd. Psychol.*, 1873. juillet. — Schüle, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 39. — Allen Hagenbach, *Journ. of nerv. and mental diseases*, 1881, janv.

Les embolies graisseuses[1] des vaisseaux pulmonaires se montrent chez les aliénés agités et sont causées par des contusions et des ruptures du pannicule adipeux. C'est Jolly qui a le premier indiqué ce fait. Il se produit de la dyspnée, de la cyanose, du collapsus et ensuite la mort. L'autopsie, aidée de l'examen microscopique, a fait constater que les vaisseaux pulmonaires étaient remplis de gouttes de graisse jusque dans leurs plus fines ramifications. A l'endroit de la contusion où la résorption de la graisse se fait, on a plusieurs fois trouvé une inflammation gangréneuse ou purulente.

Un phénomène remarquable chez les aliénés est l'hématome de l'oreille[2] (othœmatoma auriculæ) qui se montre le plus souvent à la partie supérieure et externe du cartilage de l'oreille, puis dans la fosse naviculaire triangulaire, rarement dans la conque, sur l'hélice et sur le conduit auriculaire externe, et qui atteint ordinairement l'oreille gauche, plus rarement l'oreille droite, parfois toutes les deux. C'est une tumeur circonscrite, rouge bleuâtre, fluctuante, plus ou moins grande, au-dessus de laquelle la peau paraît intacte. Elle se développe rapidement, reste ensuite stationnaire pendant des semaines et même des mois, et disparaît en laissant comme traces une atrophie de l'oreille.

Il s'agit d'une extravasation de sang entre le péricondre et le cartilage; d'autres (Gudden) croient que cette extravasation se fait dans le cartilage lui-même, qui n'est pas altéré microscopiquement.

Quand le sang se résorbe, le péricondre se rétrécit et entraîne avec lui l'autre partie de l'oreille. De là vient la déformation que laisse cette infirmité. Comme le péricondre produit sur sa face intérieure de nouvelles couches cartilagineuses, il se produit un épaississement du cartilage auriculaire.

Quant à l'origine de cette maladie intéressante, il y a deux versions. Un certain nombre d'observateurs considèrent cette affection comme neuro-dyscrasique. Ils font observer que l'hématome produit souvent des hypérémies neuro-paralytiques des oreilles (paralysie des vaisseaux des nerfs vasculaires de l'oreille externe qui suivent le trajet du trijumeau), qu'en général il ne se rencontre presque jamais chez les individus normaux, mais presque exclusivement chez les aliénés et encore dans les états graves et avancés (démence paralytique, états de faiblesse psychique secondaire) où il y a des troubles vaso-moteurs profonds des centres nerveux qui se manifestent par des œdèmes, des ecchymoses, du décubitus, etc.

Un trauma insignifiant, même une petite augmentation de la pression vasculaire suffisent alors chez ces malades, dont les parois vasculaires sont souvent dans un état cachectique et ont subi des troubles de nutrition, pour produire une extravasation de sang, tandis que chez les fous furieux

[1] Jolly, *Arch. f. Psych.*, XI, fasc. 1.

[2] Fischer, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 5. — Damerow, *Ibid.*, 5. — Gudden, *Ibid.*, 17. — Jung, 18. — Fürstner, *Arch. f. Psych.*, III, p. 353. — Bouteille, *Ann. méd. psych.*, 1878. juillet.

et les épileptiques chez qui les trauma sont ordinaires, les othématomes sont des plus rares.

Il faut encore considérer que l'othématome se rencontre très fréquemment chez les paralytiques chez qui, à la suite des hyperémies neuro-paralytiques, une néo-formation de vaisseaux a lieu non seulement dans le cerveau, mais aussi dans d'autres organes. Les vaisseaux nouvellement formés ont peu de force de résistance contre les forces extérieures et contre l'augmentation de la pression sanguine.

Hoffmann a pris l'othématome pour une inflammation hémorragique du cartilage analogue à la pachyméningite hémorragique.

L. Meyer a admis comme cause de l'othématome de petits enchondromes du cartilage de l'oreille qui sont souvent très riches en vaisseaux et amènent une extravasation du sang dans le cas de traumatisme insignifiant. Il l'a rencontré fréquemment aussi chez des malades qui n'étaient pas des aliénés. Quand des othématomes se sont déclarés, il a toujours pu déceler auparavant des fluxions du cartilage de l'oreille et c'est toujours au siège de l'enchondrome que l'othématome s'est ensuite produit.

D'autres auteurs insistent sur l'origine exclusivement traumatique de l'othématome. A l'appui de cette opinion on fait observer que le cartilage de l'oreille est toujours déchiré (?) et qu'une action mécanique violente peut provoquer l'othématome chez les personnes saines d'esprit, ainsi que cela ressort des expériences et des bustes des Pancratiastes aux oreilles mutilées, que l'oreille gauche est plus souvent atteinte, parce qu'elle est plus accessible aux coups portés en avant avec la main droite (le poing du garde-malade), et que, dans les asiles où l'on sait empêcher de frapper les malades et ceux-ci de se frapper eux-mêmes, les cas d'othématome ne se rencontrent guère. Stahl compare l'othématome, au point de vue de son origine, à l'hématome céphalique des nouveau-nés.

La discussion sur ce sujet n'est pas encore close. La vérité se trouve probablement entre les deux extrêmes. Si l'on pense qu'il faut une force mécanique considérable pour provoquer l'othématome chez les individus sains, il paraît tout indiqué de supposer que, chez les aliénés, il y a du moins une prédisposition considérable à l'hématome, que cette prédisposition soit due à une maladie dyscrasique des vaisseaux ou à des hypérémies neuro-paralytiques ou à des enchondromes.

La circonstance que l'othématome existe surtout à l'oreille gauche ne prouve rien en faveur d'une interprétation traumatique dans le sens susindiqué; des maladies végétatives comme les pneumonies, les névralgies, etc., se manifestent ordinairement sur la moitié gauche du corps que sous un certain rapport on peut considérer comme un locus minoris resistentiæ.

En ce qui concerne l'othématome des individus normaux, on devrait, dorénavant, bien examiner si, en réalité, ces derniers ne présentent pas de tare. Un jour, j'ai fait la connaissance d'un collègue qui avait l'oreille gauche atrophiée par suite d'une othématome. Etant petit garçon, il avait été un jour pris par l'oreille par l'instituteur. Mes recherches m'ont appris

qu'il y avait dans sa famille plusieurs aliénés, qu'il était lui-même un homme excentrique et originairement anormal.

Le traitement expectatif est, d'après l'expérience, le parti le plus sage à prendre en face de l'othématome.

Koeppe (*De hæmatom. cartilag. nas.*, thèse de doctorat, 1867) a noté des faits analogues sur les cartilages du nez (rhinhématome).

CHAPITRE III

PRONOSTIC DE L'ALIÉNATION MENTALE[1]

Une des tâches qui comporte les plus graves responsabilités pour l'aliéniste, est l'établissement du pronostic. On le demande souvent et pour les raisons les plus diverses. Tantôt ce sont des membres de la famille qui, par compassion ou à cause d'intérêts financiers en jeu (continuation de bail, conservation ou liquidation d'une affaire, etc.), demandent à connaître l'issue de la maladie; tantôt ce sont les autorités qui veulent s'instruire soit pour savoir s'il y a nécessité de mettre sous tutelle le malade, soit qu'il s'agisse de fonctionnaires et que l'on veuille être fixé sur la question de leur réintégration ou de leur mise à la retraite, soit qu'il s'agisse de transporter des condamnés dans une maison d'aliénés quand ils sont incurables, soit enfin dans certains pays où l'aliénation mentale incurable est une cause de divorce.

A la responsabilité s'ajoute encore la difficulté technique causée par les lacunes qui sont si fréquentes dans les renseignements sur l'origine, la constitution, la vita ante acta, par l'incertitude de la pathogénie, par la latence temporaire des symptômes morbides et par l'état de la sémiotique qui, jusqu'ici, consiste simplement en une certaine somme de faits obtenus par voie empirique.

Voilà pourquoi nous ne serons que rarement en mesure d'établir le pronostic avec certitude et dans la plupart des cas nous devrons nous contenter d'une probabilité approchant la certitude.

Le pronostic peut porter sur la probabilité de la conservation de la vie du malade, sur le retour de la santé psychique, sur les rechutes de la maladie et sa transmission par hérédité.

I. — Pronostic de la conservation de la vie.

Pour le pronostic de la conservation de la vie, on peut dire qu'en général l'aliénation mentale abaisse la moyenne de la durée de la vie. La cause

[1] Guislain, *Maladies mentales;* traduit en allemand par Lähr, p. 338 (citations des ouvrages anciens). — Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 495. — Flemming, *Psychosen*,

en est en partie dans la plus grande mortalité de ces malades, notamment en ce qui concerne la tuberculose, ainsi que dans le pronostic plus mauvais que comportent les maladies qui viennent compliquer la folie; en partie aussi dans ce fait que le trouble nutritif du cerveau entraîne facilement des troubles histologiques (délire aigu, etc.), ou de l'inanition du cerveau ou des complications (œdème cérébral, convulsions). Ajoutons cette circonstance que souvent la psychose provoque des auto-blessures, le refus de nourriture, et qu'elle a une action épuisante par les émotions et l'insomnie. Le pronostic quoad vitam dépend directement :

1° De la nature du processus morbide : les maladies idiopathiques, la démence paralytique et les processus analogues mènent toujours à la mort;

2° De l'âge : à un âge avancé il se produit facilement un épuisement mortel ;

3° Du stade et de la marche de la maladie : plus la marche de la maladie est orageuse et plus la maladie est de récente date, plus les cas de décès sont nombreux.

D'après Béhier sur 17,167 aliénés 12 p. 100 sont morts dans le premier mois de la maladie, 7 p. 100 dans le second, 6 p. 100 dans le troisième.

Dans les périodes suivantes de l'aliénation mentale la mortalité baisse considérablement, mais elle reste cinq fois plus grande que celle des individus normaux du même âge (Hagen, *Statist.*, *Untersuch.*, p. 281).

Chez certains individus, le fait que les émotions disparaissent avec les progrès de la maladie, puis le genre de vie réglé, régulier et purement végétatif des asiles peuvent avoir pour effet de conserver la vie. Ainsi certains pensionnaires des maisons de santé ont atteint quatre-vingts à quatre-vingt-dix ans et ont été pendant cinquante à soixante ans aliénés.

II. — Pronostic de la guérison.

Le pronostic quoad valetudinem paraît particulièrement difficile. Ici il n'y a pas un seul critérium infaillible pour l'impossibilité de la guérison. L'anamnèse, l'étiologie et la pathogénie, la marche, l'accumulation de certains symptômes sont des points d'appui pour le cas à examiner et qu'on doit toujours juger d'une manière concrète [1]. En général, on doit considérer l'aliénation mentale comme une maladie curable si elle est soumise à temps au traitement nécessaire.

p. 269. — Nasse, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 3, p. 589. — Focke, *Ibid.*, 4, p. 283. — Hertz, *Ibid.*, 26, p. 736. — Frese, *Ibid.*, 32. — Böttger, *Irrenfreund.* 1853, p. 165. — V. Krafft, *Ibid.*, 1881, p. 33. — Griesinger, *Journ. of mental science*, 1865, oct. — Ray, *Americ. Journ. of insanity*, 1871, oct. — Hagen, *Statistische Untersuchungen*, p. 314. — Jensen, *Börner's Wochenschr.*, 4e année, n° 41. — Lagardelle, *Pronostic de l'aliénation mentale*, Paris, 1880.

[1] Schüle (*Handb.*, p. 365) envisage les psychoses comme une affection des centres psychiques, qui, en général, se rattache au legs héréditaire et aux évolutions physiologiques des âges de la vie, spécialement au développement cérébral individuel et au degré d'intensité de la forme morbide qui peut se présenter isolément.

Le pourcentage des guérisons oscille entre 20 et 60 p. 100 dans les meilleurs asiles. La différence dépend de la fréquence des accidents dégénératifs dans la population, du degré d'instruction des médecins qui savent reconnaître et traiter à temps la maladie, enfin du degré d'instruction du public qui reconnaît la valeur de l'internement à temps dans l'asile.

Des points de repère généraux pour le pronostic sont fournis par la durée, la marche, les symptômes isolés et les conditions étiologiques de la maladie.

α). *Durée.* — Ici on peut incontestablement adopter comme maxime que plus la durée est longue plus le pronostic est défavorable. La possibilité de la guérison est à peu près en raison inverse de la durée de la maladie. Les guérisons les plus fréquentes (jusqu'à 60 p. 100) sont obtenues dans les premiers mois; dans le deuxième semestre il n'y en a plus que 25 p. 100 et dans la deuxième année le chiffre est réduit à 2 ou à 3 p. 100. D'ailleurs on ne peut pas fixer un délai absolu pour la possibilité de la guérison. Il y a même des cas rares où, après une durée de plusieurs années, la guérison s'est produite à la suite de maladies accidentelles somatiques et ayant une action intense (typhus, choléra, fièvre intermittente) [1], et même à la suite d'un coup à la tête [2]. A la ménopause aussi, des psychoses sexuelles ayant duré des années, peuvent disparaître.

La loi que nous venons de formuler est encore influencée par les conditions extérieures. Si ces dernières sont défavorables, un cas peut devenir incurable après une courte durée, cas qui, dans les conditions favorables qu'offrent la plupart des asiles, aurait eu encore pendant longtemps des chances de guérison.

β). *Marche.* — L'explosion brusque d'une psychose comporte en général un pronostic plus favorable que quand la maladie se développe lentement et sous l'action continue d'agents nuisibles. Dans le premier cas, la maladie prend une marche plutôt impétueuse, aiguë, et ne permet pas aux symptômes isolés de persister et de produire tout leur effet psychique; dans le second cas, il y a une transformation morbide de toute la personnalité, métamorphose qui s'accomplit successivement, avec une tendance funeste à systématiser les idées délirantes qui se forment. On peut alors s'attendre sûrement à une marche chronique de la maladie.

C'est le contraire quand il s'agit de la résolution d'une psychose chronique. La guérison subite n'est ordinairement qu'une intermission suivie bientôt d'un retour du trouble ; la guérison est une lysis qui s'accomplit successivement avec des rémissions devenant de plus en plus considérables. Plus un tableau morbide est, dans ses détails, empreint du caractère

[1] Belhomme. *Ann. méd. psychol.*, 1849, oct. — Fiedler, *Deutsches Archiv. f. Klin. med.*, XXVI (avec littérature presque complète).

[2] Hoffmann, *Oper. suppl. secund. part.*, § 10 et 15. — Schenk, *Observat. med. rar.*, lib. I, obs. 8 et 9. — Arnold, traduit par Akermann, 1788, p. 113; *Allg. f. Psych.*, 8, p. 274; 13, p. 254. — Javorsky, *Ibid.*, 35, p. 664. — Stenger, *Ibid.*, 37, p. 725 (guérison d'une folie durant depuis des années, après suppuration profuse à la suite d'une foulure de jambe). — Leppmann, *Zeitschr. f. Psych.*, 42, fasc. 5, p. 219.

d'une psychose bénigne et incurable (psychonévrose), plus le pronostic sera favorable. Une évolution progressive des symptômes qui deviennent de plus en plus graves, comme lorsque la folie est une transformation qui se développe à la suite des névroses, une marche protéiforme ou rigoureusement périodique en ce qui concerne le retour des symptômes ou des accès concrets, indiquent toujours qu'il y a une dégénérescence psychique et sont en général de mauvais augure.

Un changement des symptômes, pourvu qu'il ne soit ni protéiforme ni périodique, comporte un pronostic plus favorable que leur état stationnaire, notamment un changement des illusions des sens, des idées délirantes, et du système délirant.

γ). *Etiologie.* — Au point de vue du pronostic, il est ici de la plus grande importance de savoir si la psychose est due à un hasard défavorable qui a agi comme cause ou si elle est basée sur la constitution tout entière de l'individu par suite d'une tare héréditaire ou autre.

Si l'aliénation mentale se développe sur une tare, si elle est en connexité pathogénique avec un développement et une formation du caractère anormale ab origine, si même elle représente seulement une accentuation pathologique des anomalies du caractère, si elle présente un développement progressif des phénomènes psychopathiques qui au début n'étaient que nerveux et élémentaires et qui par progression passent à des formes de plus en plus graves, alors le pronostic est presque sans exception mauvais, surtout quand l'éclosion de la maladie n'a pas été subite, mais qu'au contraire elle est née imperceptiblement de la tare et de la formation psychique anormale de l'individu.

C'est essentiellement à ce point de vue qu'il faut envisager la question de l'hérédité [1] qui souvent est trop généralisée quand il s'agit d'établir un pronostic.

Si le facteur héréditaire consiste en une simple prédisposition qui, avant la maladie, ne s'est manifestée cliniquement par aucune anomalie nerveuse ni psychique, en d'autres termes si le cerveau n'apparaît que comme un locus minoris resistentiæ, sans anomalie de développement ni aucun signe de dégénérescence fonctionnelle, le pronostic est assurément plus favorable que dans les cas où il n'y a pas de prédisposition héréditaire. Les causes accessoires agissent ici, il est vrai, et rendent malade l'individu, mais sans atteindre profondément l'organe psychique qui manque d'équilibre fonctionnel, et qui, après disparition du trouble provoqué, reprend facilement son équilibre normal; par contre, quand, sans aucune prédisposition,

[1] Jung (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XXI, p. 641) a trouvé en général dans les cas héréditaires 45,5 p. 100 de guérisons chez les hommes et 46,9 p. 100 chez les femmes, tandis que le chiffre des guérisons n'était que de 38,37 p. 100 chez les hommes et 38,5 p. 100 chez les femmes, quand la maladie n'était pas héréditaire.

Moi-même (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*), 26, fasc. 4 et 5), j'ai trouvé, en divisant soigneusement les cas héréditaires en prédisposés, tarés et congénitaux, dans la première catégorie, 58,4 p. 100 de guérisons chez les hommes, 57,7 p. 100 chez les femmes ; dans la deuxième catégorie, 16,1 p. 100 chez les hommes, 13,2 p. 100 chez les femmes; dans la troisième catégorie, 0 p. 100 dans les deux sexes.

une cause accidentelle amène un trouble psychique, l'effet est bien plus profond et plus important et pour cette raison plus difficile à guérir.

Le cas n'est plus le même quand l'hérédité se traduit par des anomalies de caractère, des excentricités existant à l'origine par suite du développement inégal des diverses énergies psychiques, symptômes dus à une tare, et que la maladie représente le dernier anneau de la série des phénomènes et évolutions psychopathiques. Le pronostic est mauvais. Dans le cas de maladie psychique congénitale (paranoïa originaire, folie morale) il n'y a pas d'espoir. Quand la tare se manifeste par un état de faiblesse psychique congénitale et qu'une psychose se développe chez ces individus qui sont des imbéciles, le pronostic pour le rétablissement du *statu quo ante* est beaucoup plus défavorable que chez les individus qui jouissaient de la plénitude de leurs facultés. A côté de ces psychoses dues à des tares se placent immédiatement, pour la gravité du pronostic, les troubles mentaux idiopathiques acquis. La folie due à une lésion de la tête, une insolation, une apoplexie, une méningite, etc., a dans la plupart des cas un pronostic défavorable. Les cas les plus favorables paraissent encore être ceux de syphilis cérébrale, mais il est probable que dans la plupart des cas il ne s'agit là que de guérisons défectueuses.

Le pronostic des troubles mentaux sympathiques est basé essentiellement sur la question de savoir si la cause sympathique peut être supprimée ou non.

Les cas les plus favorables sont les psychoses causées par anémie, par des troubles menstruels, par des affections curables du tube digestif et des organes génitaux. Les psychoses provenant d'une maladie de cœur ou d'une tuberculose pulmonaire ont un pronostic assez mauvais.

La folie postfébrile a un pronostic variable selon qu'elle est basée sur des complications cérébrales graves ou qu'elle est simplement l'expression d'une anémie et d'un état d'épuisement.

La folie par excès alcooliques offre un pronostic favorable quand il s'agit d'un accès isolé. Les rechutes sont naturellement à l'ordre du jour. La folie chronique des buveurs constitue un trouble cérébral idiopathique grave et comporte tout au plus une guérison laissant à sa suite des défectuosités. La folie par épuisement sexuel et par onanisme ne permet d'opérer une guérison que dans les stades de début, lorsqu'elle affecte la forme d'un trouble émotif.

Les troubles mentaux de la grossesse, du puerpérium et de la lactation se terminent par la guérison [1] dans la plupart des cas.

La grossesse qui arrive au cours d'une psychose dejà existante rendrait, d'après Marcé, Ripping et Dittmar, le pronostic de celle-ci presque absolu-

[1] Schmidt évalue pour ses observations personnelles le pourcentage seulement à 36,2 p. 100; Holm à 40 p. 100; Ripping à 42,8 p. 100; Lübben à 63,4 p. 100; Reid à 71,5 p. 100; Macdonald à 81 p. 100. Les psychoses de la grossesse, dit Schmidt, donnent 35,3 p. 100, celles des couches 39,3, celles de la lactation 31,7 p. 100 de guérisons. Dans toutes les circonstances la manie est plus favorable que la mélancolie. Ces statistiques ne comprennent que les cas graves traités dans les asiles.

ment désespéré. Erlenmeyer (*Centralbl.*, 1882, n° 14) conteste cette opinion en invoquant quatre cas de son observation personnelle qui ont eu un dénouement favorable.

L'explosion d'une maladie psychique dans la jeunesse est beaucoup plus favorable que quand elle a lieu à un âge très avancé. Il est ici souvent d'une importance décisive de savoir s'il existe ou non des signes d'involution sénile du cerveau. Si le cerveau est sain, les psychoses peuvent disparaître, même quand l'individu aurait atteint un âge avancé.

Les psychoses de l'enfance, probablement à cause de leur étiologie basée ordinairement sur une tare héréditaire et sur des phénomènes organiques, donnent un pronostic assez défavorable et compromettent en outre le développement régulier de la vie psychique.

Les psychoses qui apparaissent aux phases physiologiques de la puberté et de la ménopause ne comportent un pronostic favorable que quand elles se sont produites par suite d'une simple prédisposition et non pas d'une tare.

La folie à base hystérique ou mieux nerveuse n'est favorable que quand elle a un caractère intercurrent et émotif ; quand elle ne représente qu'un stade de développement dans la marche d'une neuropsychose, une psychose transformée, elle est de mauvais augure.

On ne peut pas porter un pronostic en se basant sur le phénomène somatique ou psychique qui a provoqué la maladie. Ce qui est plus important, c'est d'établir si la cause psychique a agi subitement ou graduellement. Une cause passagère, mais d'un effet violent, comporte un pronostic beaucoup plus favorable que les phénomènes psychiques qui agissent pendant des années, et sapent peu à peu la constitution physique et intellectuelle.

Les chagrins continuels, les désirs et les aspirations non atteints, les passions violentes, voilà des éléments qui minent lentement mais sûrement la vie psychique. Ajoutons encore la misère physiologique, l'ivrognerie et d'autres vices. Dans ces cas, il ne faut guère s'attendre à une guérison.

L'aliénation mentale causée par contagion psychique comporte un pronostic favorable si l'on éloigne à temps le malade du milieu qui l'a contagionné.

δ). *D'après les symptômes isolés.*

1° *Psychiques.* — Une grande obnubilation de l'intelligence se développant graduellement et seulement au cours de la maladie indique un état grave ; une apparition subite et dès le début du trouble intellectuel est plus favorable.

Une grande confusion, si elle ne se développe pas à l'apogée de la maladie, est défavorable ; si elle continue à persister après l'apparition du stade aigu et des émotions, elle indique ordinairement le début d'un état de faiblesse consécutif. La faiblesse de la mémoire, surtout quand elle est partielle et concerne les événements récents, indique une maladie idiopathique grave.

La bizarrerie des sentiments et des idées, les mauvais penchants, les

excentricités au cours d'une psychose qui va disparaître, indiquent qu'un état de faiblesse est sur le point de se produire, tandis qu'au contraire, le retour des anciennes habitudes, des anciens penchants, des sentiments esthétiques et des jugements moraux permet d'espérer une guérison prochaine de la maladie.

La perte du sentiment de la pudeur, la malpropreté, la manie de se barbouiller, quand ces faits ne se produisent pas à l'apogée d'une folie furieuse, indiquent une décadence psychique.

La consommation des excréments et des choses nauséabondes en général ne se rencontre que dans le cas d'un trouble profond et grave de la conscience.

L'insensibilité à la chaleur et au froid, à la lumière vive du soleil, l'absence du sentiment de satiété après avoir mangé, sont des symptômes fâcheux, de même qu'en général les anesthésies.

L'émotion sexuelle à un âge très jeune n'a pas de signification fâcheuse, comme quand elle se produit en dehors de l'âge de la puissance sexuelle.

L'habitude de créer des mots nouveaux se rencontre presque exclusivement dans les états d'aliénation mentale incurables. L'aphasie indique une maladie organique idiopathique.

Les actes impulsifs et dus à des obsessions sont pour la plupart des symptômes de psychoses dégénératives.

La tendance à collectionner est de mauvais augure, quand elle n'est pas le prodrome ou le phénomène partiel d'une manie.

Les idées délirantes sont des phénomènes défavorables quand elles sont primaires, sans base émotive, mobile, avec caractère primordial.

Quand elles sont des phénomènes consécutifs amenés par des émotions qu'elles expliquent ou extériorisent, les idées délirantes ne sont pas par elles-mêmes d'un pronostic défavorable.

Au point de vue de leur nature, les idées de grandeur sont d'un pronostic plus mauvais que les idées dépressives ; parmi ces dernières, celles qui sont provoquées par un sentiment d'abaissement de soi-même sont de beaucoup plus favorables que les idées de persécution.

Les idées obsédantes se rencontrent exclusivement chez les tarés.

Les illusions des sens sont de mauvais augure quand elles sont stationnaires et qu'elles se manifestent dans le domaine de plusieurs sens.

Les illusions sont moins graves que les hallucinations ; parmi ces dernières, celles de l'ouïe, du goût et du sens olfactif sont plus défavorables que les hallucinations visuelles.

2° *Somatiques.* — Les troubles moteurs de toutes sortes ont une signification importante et pour la plupart de mauvais augure, parce qu'ils indiquent des maladies idiopathiques graves. Tel est le cas notamment pour les convulsions, les paralysies et les troubles de coordination, quand ils ne constituent pas des phénomènes partiels d'une maladie hystérique.

Les symptômes de la tétanie et de la catalepsie sont moins défavorables.

Le tremblement se rencontre dans l'alcoolisme, l'anémie, l'agitation

nerveuse ; voilà pourquoi il n'a pas de prime abord la signification fâcheuse des autres troubles moteurs.

L'inégalité des pupilles, le strabisme, peuvent être accidentels ou habituels et ne doivent être utilisés pour le pronostic que quand ils existent avec d'autres symptômes. Le trouble du langage (embarras de la parole) a été considéré par Esquirol comme un symptôme fatal. Ce trouble indique toujours une maladie idiopathique grave (paralysie) ; le grincement des dents a la même signification.

Le regard, la mine, l'attitude sont au point de vue du pronostic des phénomènes très importants. Le relâchement des muscles, un menton tombant indiquent ordinairement une transition vers l'imbécillité, de même le relâchement des sphincters, l'écoulement de la salive, sans qu'elle soit augmentée en quantité.

Les changements dans l'innervation mimique sont particulièrement précieux au point de vue du pronostic. Quand la folie est incurable, le dénouement malheureux est souvent assez vite indiqué par le regard abruti, fixe et atone, par les traits du visage étranges, grimaçants, fatigués par une innervation inégale et par les contractures.

L'insomnie et le refus de nourriture, s'ils ne sont pas passagers, sont de fâcheux symptômes ; il en est de même des troubles trophiques peu profonds (décubitus, othématome, etc.), de l'augmentation ou de la diminution anormales de la chaleur du corps d'une manière permanente, ce qu'on ne saurait expliquer par des phénomènes nerveux.

Le retour des menstrues n'a de signification critique que dans le cas où le trouble mental est dû à une suppressio mensium. Autrement, le retour de la menstruation indique plutôt une amélioration de l'état général, et il est favorable par ce fait; mais, dans beaucoup de cas, il est sans signification.

Parmi les signes pronostics ayant une importante connexité avec les symptômes psychiques, il faut citer enfin les conditions de l'alimentation et le poids des malades. Nasse (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, p. 541) a beaucoup fait pour les utiliser, au point de vue du pronostic.

D'après les recherches de Nasse, une augmentation du poids du corps qui va parallèlement avec l'amélioration psychique ou qui en est le prélude, est, surtout quand cette augmentation est rapide, un symptôme certain de convalescence. Une petite diminution du poids du corps, après qu'il a atteint le chiffre maximum, garantit la guérison.

Quand une amélioration psychique se produit sans augmentation notable du poids du corps, la guérison est douteuse, et l'on peut s'attendre à des récidives.

Si la nutrition augmente sans que la psychose s'améliore, cela indique la transition à un état de faiblesse psychique incurable.

Tant qu'une psychose reste à son apogée, elle est accompagnée d'une diminution du poids du corps.

Si cette diminution est rapide et énorme, malgré une alimentation suffisante, cela indique une maladie progressive grave du cerveau ou une com-

plication de la psychose par une nouvelle maladie générale grave, par exemple la tuberculose.

III. — Pronostic des récidives.

Pour le pronostic des récidives [1], il faut tout d'abord prendre en considération ce fait statistique que sur 100 individus renvoyés comme guéris des asiles, environ 25 p. 100 retombent malades. Pour les cas isolés tout dépend des conditions biologiques, étiologiques et extérieures de chaque cas. Un trouble mental survenu accidentellement, comme la folie postfébrile, après le typhus par exemple, et sans aucune prédisposition, ne se reproduit guère, tandis qu'un individu taré, surtout si sa tare est héréditaire, court risque de perdre de nouveau son équilibre mental sous l'influence de causes accessoires de toutes sortes et même sous l'influence de phénomènes physiologiques.

Mais des conditions sociales fâcheuses, un traitement trop sévère des malades dans les asiles, la perte de leur situation financière par suite de leur maladie et de leur absence, leur renvoi prématuré de l'asile, la reprise de mauvaises habitudes (boissons, etc.), sont souvent aussi la cause des récidives. L'immunisation produite par le mariage contre toute rechute de la psychose que Dick [2] a constatée chez les femmes guéries, est mise en doute par d'autres spécialistes.

IV. — Pronostic de l'hérédité.

Une question excessivement délicate et à laquelle on ne doit répondre qu'avec réserve et par des faits concrets, est celle du pronostic de l'hérédité [3].

Le point principal réside évidemment dans la pathogénie de la psychose dont on craint de voir l'influence se transmettre par hérédité.

Si cette psychose a une origine constitutionnelle, plus ou moins dégénérative, et un caractère également dégénératif, il y a grand danger qu'elle soit transmise aux enfants ; si, au contraire, la psychose a été acquise accidentellement et s'il n'y a aucune prédisposition, si, en outre, elle est bénigne et a guéri sans laisser aucune défectuosité, il n'est guère probable alors que la descendance soit atteinte par transmission héréditaire. Cette transmission est cependant possible si le descendant a été procréé au moment où la psychose existait chez le générateur.

[1] Hertz, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 25, p. 410, 26, p. 337 et 736. — Hagen, *Statist. Untersuchungen.*, p. 235.

[2] *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31, p. 567. — Le même, *Irrenfreund*, 1877, 6. — Nasse, *Ibid.*, 1877, 3.

[3] Hagen, *Statist. Untersuchungen*, p. 208 et 243

Pour la possibilité ou la probabilité de l'action héréditaire de la tare ou de la maladie de l'ascendant sur les descendants, il faut tenir compte de ce qui suit.

Le cas le plus mauvais est celui où le père et la mère sont tarés, où ils étaient déjà tarés psychiquement avant la procréation de leur descendant, et quand le trouble psychique des générateurs est de nature dégénérative. Ici on peut s'attendre presque avec certitude à voir la maladie éclater sous une forme quelconque chez le descendant. Seulement la loi de l'atavisme peut intervenir et le sauver, quand les ancêtres avaient une constitution intacte.

Si seul le père ou seule la mère sont tarés ou malades, tout dépendra de l'ascendant auquel le descendant aura emprunté sa constitution physique.

Dans une savante étude anthropologique, Richarz (*Allgem. Zeitschr. für Psych.*, 30, p. 658) a abordé de plus près cette question. Il prend comme point de départ le fait que le sexe n'est pas une qualité que les parents peuvent léguer, mais que c'est une forme d'existence basée sur le degré d'organisation de l'individu procréé, de sorte que le degré supérieur est représenté par le sexe masculin, l'inférieur par le sexe féminin. Le centre de gravité du processus de la génération réside dans l'organisme maternel. L'influence du sperme ne consiste que dans l'activité motrice pour le développement qui est inhérent au germe, en même temps dans la communication des particularités qualitatives du générateur masculin, mais sans influencer le sexe. Plus la faculté générative sera grande chez la mère, plus sûrement le nouveau-né sera un garçon. et ce sera d'autant plus sûrement un garçon qui ressemblera à sa mère que l'influence qualitative paternelle sera moins grande. La ressemblance se base moins sur les traits de la figure et la conformation du corps que sur la couleur de la peau, des cheveux et de l'iris, ce qui, au point de vue de la différenciation des races, est beaucoup plus important (Huxley, Virchow). Le cas le plus favorable semble être l'hérédité croisée de ces particularités somatiques (le fils tenant de sa mère, la fille de son père); il y a déjà une légère dégénérescence quand dans la transmission héréditaire il n'y a pas croisement au point de vue sexuel; mais ce que Richarz. d'accord avec Morel (hérédité morbide progressive), considère comme nettement dégénératif et souvent comme la seule explication de la folie dans une famille jusque-là indemne, c'est le cas où le descendant ne ressemble à aucun de ses générateurs.

Tous les observateurs (Esquirol, Baillarger, Jung, et d'autres) s'accordent d'ailleurs sur ce point que l'aliénation mentale de la mère[1] est beaucoup plus dangereuse pour la descendance que celle du père. Cela correspond à cette loi de la nature, qui existe aussi pour les animaux, que le sexe féminin qui joue le rôle prédominant dans la génération, lègue plus facilement à la descendance que le sexe masculin. Par la même raison et ainsi que Richarz l'explique, la fille, étant de sexe inférieur, hérite plutôt

[1] Jung (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*) trouve que la folie est léguée (au moins pour un tiers) plus fréquemment par la mère que par le père.

des maladies des parents que le fils, ce qui explique que la statistique montre la folie à base héréditaire de 6 p. 100 plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (Jung).

Jung a dit avec insistance combien la ressemblance physique est importante pour la question de l'hérédité et il a formulé la thèse suivante : si le descendant hérite de l'habitus somatique d'un ascendant taré, il en hérite aussi la constitution psychique, et, si l'ascendant tombe malade, il y a de grandes probabilités pour que le descendant devienne fou à peu près au même âge et sous l'influence de causes occasionnelles approximativement semblables.

Richarz, se plaçant à son point de vue, établit l'échelle de probabilité suivante pour la transmission par hérédité des maladies psychiques :

I. Mère atteinte : 1, fille ressemblant à sa mère ; 2, fils ressemblant à sa mère ; 3, fils ressemblant à son père ; 4, fille ressemblant à son père.

II. Père atteint : 1, fils qui ressemble à son père ; 2, fille qui ressemble au père ; 3, fille qui ressemble à la mère ; 4, fils qui ressemble à la mère.

Une fille qui ressemble à sa mère malade a donc le plus de prédispositions.

Le moins prédisposé est le fils qui ressemble à sa mère saine quand le père est atteint.

La dissemblance complète avec les types somatiques des générateurs est un signe de dégénérescence.

La signification très profonde et très sérieuse de ces problèmes de pronostic pour la dégénérescence des individus comme pour celle des peuples mérite d'être prise en considération.

Les individus atteints d'une tare héréditaire nerveuse de même que les personnes ayant une prédisposition à la tuberculose devraient s'abstenir de faire des enfants. Malheureusement, il existe précisément chez la plupart d'entre eux une accentuation de l'instinct génital, et la nature a pris soin que ces plaies de l'humanité dont la folie absorbe 1/300 et la tuberculose 1/320 des forces totales de l'humanité (Tigges), augmentent plutôt qu'elles ne décroissent, en dépit de toutes les observations scientifiques.

QUATRIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL [1]

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC DE LA MALADIE

La question générale de savoir si un individu est mentalement sain ou malade peut se poser pour le médecin aussi bien devant les tribunaux qu'au chevet du malade.

In foro elle est posée quand le magistrat a des doutes et veut s'assurer si certaines bizarreries psychiques et certains faits insolites sont simplement l'expression d'un esprit troublé par les émotions et agité par les passions, le résultat d'un abandon volontaire aux penchants et tendances immoraux, une tromperie et une ruse préméditées, ou bien si c'est la suite d'une maladie cérébrale.

Le jurisconsulte a besoin d'être fixé pour déterminer si un individu doit être puni pour un acte illégal qu'il a commis, déclaré déchu de la liberté civique, ou s'il faut le priver de sa liberté individuelle en l'internant dans un asile d'aliénés.

Au lit du malade se pose la question de savoir si les symptômes psychopathiques qu'on observe existent par eux-mêmes, c'est-à-dire s'ils ont l'expression d'une de ces maladies cérébrales qu'on a cliniquement et traditionnellement l'habitude de désigner par le nom de maladie mentale, ou s'ils n'existent que symptomatiquement comme phénomènes partiels d'une maladie générale (délire fébrile, délire d'inanition), d'un empoisonnement ou d'une autre maladie pseudo-cérébrale.

Bien que l'on porte facilement et sûrement dans beaucoup de cas, même les profanes, un diagnostic général sur la question de savoir si un individu est atteint psychiquement, il y a pourtant des cas qui exigent tout le savoir du médecin spécialiste et qui ne peuvent être jugés immédiatement et

[1] Griesinger, *Pathol. u. Therapie d. psych. Krankheiten*, p. 116. — Emminghaus, *Allg. Psychopathol.*, p. 251. — V. Krafft, *Lehrb. der gerichtl. Psychopathol.*, p. 63. — Schüle, *Handb.*, p. 161 et 598.

sûrement. La cause en est tout d'abord dans cette circonstance qu'en aliénation mentale il n'y a pas de symptômes spécifiques, que ceux qui se produisent admettent des interprétations multiples et ne peuvent être utilisés que quand on les examine et qu'on les interprète dans leur ensemble et avec une appréciation juste de leur connexité.

Si, sur le terrain des maladies physiques, où cependant le diagnostic dispose déjà de moyens physiques auxiliaires exacts, il est souvent difficile de déterminer le point de transition entre la santé et la maladie, combien est-ce encore plus difficile sur le terrain psychique, où la normalité de la santé psychique n'est imaginable que comme un idéal, où aucun individu ne ressemble complètement à l'autre et où des émotions, des passions, des écarts de sentiments, d'idées et de tendances différant de ceux de la majorité des autres hommes, où même des erreurs de la raison et des illusions des sens sont encore possibles dans les limites de la vie physiologique et absolument compatibles avec la persistance de la lucidité intellectuelle et du libre arbitre.

Les difficultés résultant de la nature du sujet sont souvent encore accrues par le fait que le développement du trouble psychique et en général toute la vita anteacta restent lettre close ou bien parce que le trouble est né imperceptiblement de certaines anomalies habituelles du caractère, de passions, d'un genre de vie immoral, vicieux; ou bien parce qu'on soupçonne une tromperie voulue ou une dissimulation de certains symptômes chez l'individu à examiner, enfin parce que le temps d'observation a été trop court et que partant les signes d'un état psychopathique incomplètement développé et qui ne se dessinent nettement qu'à certaines périodes ont pu échapper à l'observation.

Comme règles fondamentales pour établir un diagnostic psychiatrique, notons les suivantes :

1° Les troubles mentaux sont des affections cérébrales avec prédominance des symptômes psychiques, mais sans cependant que tous les symptômes soient exclusivement psychiques. Bien que ces derniers soient déterminants pour l'appréciation de l'état mental, le diagnostic ne doit pourtant pas être entièrement basé sur eux. Il faut chercher aussi à établir les autres signes d'une maladie cérébrale ou nerveuse existante et le diagnostic psychologique doit être approfondi et élargi de façon à devenir un diagnostic neuropathologique. Il peut être prudent et utile de laisser pour un instant de côté les symptômes psychiques douteux et de se poser la question générale de l'existence d'une maladie cérébro-nerveuse (congénitale ou acquise). Si alors, à côté des signes de dégénérescence anatomique et fonctionnelle, outre les troubles des fonctions sensitives, motrices, vaso-motrices qu'on peut ramener à une cause centrale, il y a encore des symptômes psychiques d'une valeur douteuse (irritabilité d'humeur, émotions pathologiques, actes pervers, penchants immoraux, etc.), leur signification sera alors justement éclairée et la supposition qu'ils ont eux aussi une cause morbide (alcoolisme chronique, folie dégénérative, morale, épileptique, etc.) deviendra alors presque une certitude.

2° Les maladies mentales, ainsi que Schüle l'a fait remarquer, ne sont pas seulement des maladies du cerveau, mais aussi et en même temps des maladies de la personnalité. Il faut étudier toute l'ancienne individualité, notamment son origine, et le diagnostic physiologique doit être approfondi et même devenir une étude anthropologique.

Le point principal pour le diagnostic général, aussi bien que pour le diagnostic spécial de l'aliénation mentale, est incontestablement dans l'anamnèse. Le rôle de cette dernière est d'abord d'examiner toute l'individualité, d'établir comment elle s'est développée jusqu'à sa phase actuelle, comment elle sentait et réagissait autrefois et notamment envisager la constitution psychique que l'individu peut avoir héritée ou qui peut chez lui être congénitale. La prédisposition héréditaire, l'éducation et le mode d'existence sont les facteurs qui façonnent l'individualité. C'est du premier de ces trois facteurs qu'il faut tenir compte quand on veut apprécier si certaines particularités psychiques ont un caractère morbide ou psychologique.

Les troubles intellectuels sont en général des maladies. Ils vont de pair avec les troubles végétatifs. Aussi l'examen physique le plus minutieux doit aller de pair avec l'observation psychique. Celui-là seul nous met souvent à même de pouvoir juger rapidement si l'on se trouve en présence d'une psychose indépendante ou d'un trouble symptomatique des fonctions psychiques.

Les symptômes somatiques d'une importance particulière sont : les troubles du sommeil, de la nutrition (pesées du corps), des fonctions digestives et intestinales. des sécrétions. Ils ont une valeur positive, mais seulement dans les stades de début de l'aliénation mentale. Dans les stades terminaux de la maladie ils peuvent disparaître complètement et alors leur absence ne prouve rien.

4° L'aliénation mentale, phénomène pathologique, a ses causes. Elle constitue par elle-même un phénomène insolite. Elle doit être suffisamment motivée soit par une prédisposition puissante, soit par une grande et intense accumulation de causes accidentelles. L'observation psychologique doit être approfondie et devenir une étude étiologico-pathogénique. Plus les symptômes d'un trouble physique se rattachent de bonne heure à leur cause, plus cette relation pathogénique est claire, plus la signification de ces symptômes est importante.

La valeur de l'examen étiologique est diminuée, en apparence seulement, par ce seul fait que parfois aucune cause ne paraît pouvoir être décelée et que, quand une cause déprimante précède. on se demande si le changement psychologique qui lui a succédé est seulement la réaction physiologique de cette cause ou un phénomène pathologique.

Quand on ne peut trouver une cause déterminante, il y a toujours une prédisposition congénitale acquise ou même une maladie congénitale.

C'est précisément l'anamnèse qui, par l'examen anthropologique, étiologique et clinique, fait la lumière en nous apprenant à reconnaître dans le tableau morbide souvent incertain le développement d'une personnalité

défectueuse dès l'enfance et douée d'une prédisposition pathologique. Le cas est plus difficile quand la dépression psychique qu'on rencontre peut être envisagée comme la réaction naturelle d'une cause déprimante.

L'émotion douloureuse de l'individu normal, émotion qui appartient encore au domaine physiologique, et le début d'une dépression morbide peuvent souvent présenter des traits de ressemblance.

Ce qui est décisif, c'est avant tout la marche du phénomène, la connaissance exacte du mode de réaction habituelle de l'individu et l'observation minutieuse des symptômes de détail.

Si le phénomène émotif est insignifiant et que l'effet sur l'individu soit d'une intensité et d'une durée extraordinaires, si la dépression s'accroît avec le temps au lieu de s'atténuer, si elle continue à durer même après que la cause de la dépression a disparu, alors on peut admettre l'existence d'un état d'esprit pathologique.

Les sensations douloureuses de l'individu normal ne sont pas du reste générales et il peut rester encore en partie accessible aux impressions agréables, tandis que la dépression douloureuse morbide transforme même les sentiments d'habitude agréables en sensations désagréables et ne perçoit plus que des variations d'intensité de cette sensation.

De plus, il se produit encore des accentuations spontanées de la dépression, des états de peur, d'angoisse, des soucis, résultant des processus intérieurs psychiques et organiques, et qui manquent chez l'individu normal ou qui se manifestent chez lui seulement à la suite de motifs extérieurs. L'individu moralement déprimé a le plus souvent conscience de la maladie qui va se déchaîner sur lui ; il présente des troubles des fonctions sensorielles (mal de tête, vertige, insomnie, sentiment d'arrêt des pensées, vide des pensées, pressions à la tête, à l'épigastre, hyperesthésies et névralgies).

Les processus de la nutrition aussi souffrent chez lui beaucoup plus ; le poids du corps baisse beaucoup plus rapidement et d'une manière plus considérable que chez l'homme déprimé physiologiquement.

5° La chose la plus importante après les symptômes de la maladie, c'est sa marche. L'aliénation mentale aussi a des modes d'évolution établis par voie empirique. Si tel cas concret correspond aux lois empiriques de la marche d'une psychose déterminée, il se présente par ce fait comme un état morbide incontestable, et cela d'autant mieux que les accès de la maladie reviennent périodiquement et que de plus ils se rattachent à des états physiques avec lesquels ils coïncident (menstrues).

Quand le processus total de la maladie se manifeste par des symptômes de détail, il est empiriquement régulier, bien que notre connaissance de la régularité des symptômes et des séries de symptômes présente encore beaucoup de lacunes. Plus les symptômes isolés ont nettement une corrélation intérieure entre eux et sont causés par une loi déterminée, plus on peut conclure sûrement que le processus est morbide.

6° Dans l'aliénation mentale, comme dans toute autre maladie, il s'agit d'une vie dans des conditions anormales. Les fonctions n'ont pas totale-

ment changé, seules les conditions dans lesquelles elles s'accomplissent sont anormales. Il s'ensuit nécessairement que ce n'est pas le changement de la fonction qui est déterminant, mais bien le fait que ce changement est dû à des conditions anormales. La différence entre l'homme sain d'esprit et l'aliéné consiste essentiellement en ce que chez le premier les faits psychiques sont en général en rapport avec les impressions et les conditions réelles du monde extérieur, tandis que chez l'aliéné, au contraire, ils sont le résultat de conditions intérieures organiques morbides.

Ils sont l'expression d'événements subjectifs qui se passent dans la conscience et ne sont pas du tout ou insuffisamment motivés par des faits du monde extérieur.

Ce n'est donc pas la nature des phénomènes psychiques qui est déterminante, mais leur origine et leur motivation. Il n'y a pas chez l'aliéné un seul trouble fonctionnel qui ne puisse se rencontrer dans le domaine de la santé psychique.

7° Une maladie est toujours un fait complexe qui ne cadre jamais exclusivement avec un seul symptôme. Tel est aussi le cas pour l'aliénation mentale. On ne peut avoir du tableau de la maladie qu'une conception synthétique. Le symptôme isolé n'a de valeur et ne mérite considération qu'envisagé dans la liaison et la connexité que les symptômes présentent entre eux suivant leur loi naturelle, que lorsqu'on rapproche et qu'on interprète avec justesse des phénomènes disparates, et, enfin qu'on fait une étude approfondie de la marche et de la liaison de ces mêmes phénomènes.

Détacher analytiquement de l'ensemble un seul des phénomènes serait un procédé qui n'amènerait jamais au but, d'autant plus que précisément un symptôme isolé, quand même ce serait une idée délirante, admet des interprétations multiples; cela serait encore moins possible dans les cas d'anomalies d'humeur, d'émotions, d'instincts pervers, d'actes criminels, de penchants immoraux, qu'on ne peut étudier qu'en connexité avec d'autres symptômes et avec la personnalité passée et présente.

8° L'aliénation en tant que maladie de la personnalité nécessite encore une appréciation individuelle des phénomènes concrets.

Si duo dicunt idem, non est idem. Ici encore la connaissance de l'individualité est indispensable. Dans la bouche d'un homme à la hauteur de la science moderne, la croyance à l'existence des sorcières serait un symptôme très grave, de même chez un astronome l'opinion que la terre est fixe; cependant cette croyance et cette opinion n'offriraient rien de surprenant si on les rencontrait chez un paysan dénué de toute instruction.

9° L'aliénation mentale, en tant que manifestation morbide, nécessite une étude personnelle du malade. Quand cet examen fait défaut (avis de la faculté de médecine in absentia, recherche de l'état mental d'un testateur décédé au moment où il faisait son testament), des éléments d'appréciation directs et très importants échappent au diagnostic (expression de la physionomie, habitus extérieur, etc.).

Si on peut faire un examen personnel[1], il est très important de surprendre et d'observer le malade dans ses conditions d'existences habituelles. Rien que la façon dont il est logé, dont il s'habille et s'occupe, peut fournir au médecin compétent des indications très importantes qui lui permettront non seulement de constater l'aliénation mentale, mais encore de reconnaître telle forme déterminée de la maladie. Le point principal pour le diagnostic psychique est dans la conversation avec le malade. Il faut non seulement savoir quelles sont les questions qu'on doit lui poser, mais encore comment on doit diriger la conversation. Le sujet à examiner n'est pas un produit chimique, mais une conscience humaine variable qui est puissamment influencée par la façon de procéder et de questionner de l'observateur.

On s'introduit chez le sujet à examiner de la façon la plus naturelle; on entame l'entretien sur les sujets les plus insignifiants, on l'engage dans la conversation sans qu'il remarque le véritable but de l'examen. Jamais il ne doit avoir le caractère d'un interrogatoire. Le mieux est de choisir comme point de départ l'état physique, le métier ou les anciennes habitudes du malade, de lui montrer beaucoup de compassion et de gagner peu à peu sa confiance. C'est ainsi qu'on arrive à connaître les incidents de sa vie, ses opinions, ses désirs, ses projets, son état d'esprit, son degré d'intelligence et ses tendances. On amène la conversation sur son origine, sa famille, sur les questions sociales, politiques et religieuses, et on note avec attention si on constate des changements qui pourraient donner la clef d'une idée délirante. C'est une règle que les aliénés, aussitôt qu'on touche d'un mot leur idée délirante, la révèlent et se livrent immédiatement.

Pendant cette conversation, on a le temps d'étudier le regard, la mine, les gestes, l'attitude, et d'examiner le logement et l'entourage du malade.

L'examen psychique est complété par l'examen minutieux de tous les organes et de toutes les fonctions physiques.

Un moyen auxiliaire très important pour l'observation est l'étude des écrits[2] des malades.

La maxime « Le style, c'est l'homme » est juste, même dans ce cas. En général, on peut affirmer qu'à chaque forme principale de l'aliénation mentale correspondent certaines particularités dans la manière d'écrire et de s'exprimer et que, dans ses écrits où il ne se sent pas observé, et où il peut se laisser aller, le malade se révèle plus qu'il ne le fait dans ses communications verbales. C'est le cas surtout pour les malades qui, à toutes les tentatives, opposent un mutisme obstiné que leur imposent le plus souvent une idée délirante et des voix impératives. On est souvent étonné que des malades qui causent d'ailleurs tout à fait raisonnablement, émettent les choses les plus insensées dans leurs écrits intimes. Mais un écrit dont

[1] Des indications excellentes à ce sujet sont données par Neumann, *Der Arzt und die Blödsinnigkeitserklärung;* et par Griesinger, *Lehrb.*, p. 127.

[2] Marcé, *Annal. d'hyg. publ.*, 1864, avril. — Güntz, *Der Geisteskranke in seinen Schriften*, 1861. — Bacon, *The Lancet*, 1869, II, 4 juillet. — Raggi, *Gli scritti dei pazzi*, Bologna, 1874. — Tardieu, *La Folie*, Paris, 1872. — Erlemmeyer. *Die Schrift*, 1879.

la teneur est raisonnable n'exclut pas la folie, pas plus qu'un langage sensé. Les écrits des aliénés peuvent, par leur teneur, aider à découvrir les idées délirantes qu'ils tiennent cachées, nous faire connaître, par leur style, leurs capacités intellectuelles en général, par leur aspect extérieur faciliter l'appréciation de l'état de la conscience; enfin, examinés au point de vue graphique, ils peuvent nous aider à découvrir des dérangements plus délicats de la coordination. Les imbéciles sont ceux qui écrivent le moins. La construction enfantine de la phrase, la maladresse et le manque de clarté du style montrent une faiblesse mentale très avancée. Pour écrire il faut en général plus de clarté dans les pensées que pour parler; les écrits sont donc un réactif particulièrement fin pour les états de faiblesse psychique (Güntz). Le mélancolique également écrit peu. Sa paresse et son arrêt intellectuels l'en empêchent. La monotonie des conceptions se reflète dans la répétition continuelle des mêmes plaintes, des mêmes craintes et des mêmes accusations lancées contre soi-même. L'écriture n'est pas coulée d'un jet. On voit que le malade n'a surmonté ses entraves que par secousses, et qu'il n'a pu exprimer ses idées que par fragments. Souvent les caractères sont tracés d'une main tremblante.

Le maniaque écrit beaucoup, d'une main sûre, en grands caractères, d'une écriture rapidement jetée sur le papier. Celle-ci est une image fidèle de ses conceptions accélérées que la main peut souvent à peine suivre, de sorte que des mots sont omis et des phrases restent inachevées. Si la fuite des idées augmente, l'écriture devient un chaos à peine déchiffrable de mots et de fragments de phrase qui se confondent et s'embrouillent. Dans sa manie d'écrire, le malade écrit à tort et à travers, ne s'inquiète plus de la qualité du matériel qui est à sa disposition.

Ce sont les paranoïques qui écrivent surtout beaucoup, notamment les quérulants (chicaneurs), les érotomanes. Au point de vue graphique, il faut noter comme dignes d'attention les changements de l'écriture, les paraphes et les ornements baroques, le soulignement des mots et des syllabes.

Le style peut être irréprochable, pompeux ou bizarre, selon le genre des idées délirantes et l'état de la conscience. Ainsi Marcé fait mention d'un fou qui attribuait une valeur particulière au chiffre 3 et qui, en écrivant, mettait trois fois chaque lettre.

Quant à la teneur, ce sont les écrits des paranoïques qui ont la plus grande valeur, car ils révèlent des idées délirantes soigneusement cachées dans la conversation.

Chez certains malades, les écrits deviennent tout à fait incompréhensibles par l'emploi de mots pris à contresens, par la transposition des syllabes ou par l'adjonction de syllabes sans signification ou par le remplacement des caractères d'écriture par des signes hiéroglyphiques et symboliques. On peut alors noter des créations de mots nouveaux, et même la création de tout un nouvel idiome.

Les écrits des malades appartenant au groupe des paralytiques ont des particularités tout à fait spéciales. Le trouble de coordination qui existe

dans ce cas trouve une expression graphique dans l'écriture qui est peu lisible, écriture d'écolier, en zigzag, tremblotante, et ne distinguant plus les traits fins et les traits pleins.

Souvent il y a paragraphie et agraphie ; alors on rencontre des mots faux et des mots incomplètement ou mal écrits, ou bien l'omission de mots entiers.

L'amnésie peut être telle que le malade répète plusieurs fois des mots qu'il vient d'écrire, ou même des phrases tout entières.

Le grand trouble de la conscience les empêche de s'apercevoir de ces lapsus.

Il arrive souvent aussi qu'en écrivant, le malade oublie son véritable but, de sorte que, dans le même écrit, il s'adresse en même temps à plusieurs personnes différentes. Par la même raison, il arrive quelquefois qu'il emprunte à un document ou à un livre qui se trouve par hasard près de lui des phrases tout entières pour les intercaler dans son texte, qu'il écrit en plusieurs langues à la fois, qu'il remet la lettre sans l'avoir terminée, oublie l'adresse, la date, la signature.

La forme extérieure de l'écrit, sur du papier qui a pu être été ramassé dans les ordures, tout taché d'encre, indique souvent, et d'une manière significative, le grand trouble de l'intelligence de ces malades.

Parmi les symptômes qui paraissent avoir pour le diagnostic général de l'aliénation mentale une signification toute particulière, il faut citer : la transformation de la personnalité (caractère) en une individualité nouvelle, l'existence des idées délirantes et des illusions des sens. Le diagnostic des profanes se borne habituellement à ces derniers points.

α). *Changement de caractère.* — Le processus morbide qui est la base de l'aliénation mentale occasionne des changements dans l'ancien caractère, c'est-à-dire dans les anciennes coutumes, les penchants, les tendances, les opinions ; la personnalité devient tout autre. Ce symptôme est d'autant plus précieux qu'il se manifeste de bonne heure, et qu'ordinairement il arrive bien avant le délire des idées et des actes.

Ce changement pathologique du caractère, qui peut aller jusqu'à une inversion complète des anciennes idées et des anciennes tendances, est d'autant plus significatif que l'individu qui le présente était prédisposé ou sous le coup d'influences qui, d'après l'observation, sont des causes importantes de folie.

β). *Idées délirantes.* — La constatation des conceptions délirantes est un signe fréquent mais nullement infaillible de folie. Ce serait une grande erreur de n'admettre l'existence d'une maladie mentale que quand elles existent. Le malade peut se trouver à un stade de début (émotif) où les idées délirantes n'existent pas encore ; il peut présenter une forme d'aliénation mentale dans laquelle les idées délirantes n'apparaissent jamais. De plus, le malade peut dissimuler ses idées délirantes et celles-ci, si elles existent, ne sont pas constamment présentes dans la conscience. Mais alors même qu'une idée erronée est constatée, elle a encore besoin d'être profondément examinée pour qu'on puisse lui reconnaître le caractère et la valeur d'une idée délirante.

γ). Les *hallucinations*, non plus, ne sont pas par elles-mêmes déterminantes pour la constatation d'une aliénation mentale, puisqu'elles peuvent se rencontrer dans d'autres maladies cérébro-nerveuses, dans les fièvres et les intoxications. Elles ne prouvent que l'existence d'un état cérébral morbide. Leur signification et leur importance comme phénomène partiel d'une psychose ne résultent que de la démonstration de l'existence de cette psychose.

Ce n'est qu'alors que les hallucinations apparaissent sous leur vrai jour, quand elles sont en connexité avec d'autres troubles élémentaires (dépression, accès d'angoisse, etc.), qu'elles ne sont plus rectifiées par la conscience troublée, et qu'elles ont une influence sur les actes du malade.

On doit cependant toujours soupçonner l'existence d'une maladie mentale quand il y a des hallucinations, notamment quand elles se rencontrent dans plusieurs sphères sensitives.

Si le diagnostic a pu arriver à la démonstration générale de l'existence de la maladie mentale, il se pose alors une autre question, celle de savoir si on a affaire à une maladie mentale indépendante ou à un trouble symptomatique des fonctions intellectuelles.

Le mode d'origine de la folie, la marche qu'elle a suivie jusqu'alors, l'examen physique le plus minutieux du malade aideront à résoudre ce problème. Il faut songer surtout à une confusion possible avec le typhus, avec la méningite lente, la tuberculeuse et l'ivresse. Ce dernier état sera en général facile à distinguer: mais il faut songer que chez certains individus particulièrement prédisposés l'ivresse peut prendre la marche de l'aliénation mentale aiguë et devenir la cause accidentelle d'une folie chronique.

Quand on a surmonté les difficultés et distingué la maladie mentale effective d'un trouble mental simplement symptomatique, il reste encore à savoir si cette maladie a une cause idiopathique ou sympathique.

L'étiologie et la pathogénie nous fournissent avec l'ensemble et les détails du tableau clinique quelques points de repère. Ce sont, dans ces cas, outre les troubles psychiques (baisse primitive des facultés intellectuelles, troubles de la mémoire, trouble grave de la conscience, irritabilité extraordinaire, etc.), les troubles somatiques surtout (moteurs, sensitifs, notamment l'anesthésie, trophiques, température fébrile et collapsus) qui permettent de décider. Ce qui prouve qu'il s'agit d'une affection sympathique de l'organe psychique, ce sont en général, outre l'absence des éléments qui plaident en faveur d'une origine idiopathique, la possibilité de ramener l'origine de la psychose à une maladie périphérique (affection utérine. intestinale, etc.), et la démonstration que celle-ci est intervenue dans l'évolution de la psychose. La connexité est plus nette quand l'élément périphérique produit cet effet par retours périodiques (folie menstruelle).

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DE LA GUÉRISON

Le diagnostic a encore, quand une maladie psychique a évolué, pour mission de constater si la guérison[1] s'est produite.

Elle peut incomber d'une façon privée au médecin, par exemple au sujet de la question du renvoi d'un pensionnaire de l'asile d'aliénés ; mais la question peut être aussi posée par les autorités quand il s'agit de la réintégration du malade guéri dans ses droits civiques dont il a été privé pendant sa maladie.

Le diagnostic de la guérison a à surmonter des difficultés non moins grandes que le diagnostic de l'éclosion de la maladie. C'est notamment chez les individus tarés, défectueux et imbéciles dès leur origine, qu'il est souvent à peine possible de déterminer ce qu'il faut considérer comme un résidu de la maladie et ce qu'il faut considérer comme une anomalie préexistante.

Le diagnostic de la guérison s'appuie en général sur le phénomène négatif de la disparition de tous les symptômes de la maladie et sur le phénomène positif du rétablissement de l'ancienne personnalité psychique avec toutes ses particularités de caractère, ses qualités, ses défauts, ses penchants. Pour pouvoir trancher cette dernière question, il est indispensable de connaître exactement l'ancienne personnalité saine ou relativement saine ; sous ce rapport, l'opinion de la famille du malade a souvent plus de valeur que celle du médecin de l'asile. Pour arriver à déclarer que tous les symptômes de la maladie ont disparu, il faut une observation exacte de la marche de la maladie et du status præsens. On doit tenir compte de cette possibilité que la maladie peut n'être que temporairement latente, mais surtout de la possibilité que le malade dissimule certains symptômes psychiques.

Il faut rechercher avec soin si la guérison somatique se produit parallèlement avec le rétablissement de la santé psychique, et examiner attentivement comment se fait l'accroissement du poids du corps.

Un critérium psychique très important, c'est que le malade guéri se rend

[1] Neumann, *Lehrb.*, p. 189. — Schlager, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 33, fasc. 1 et 5.

complètement compte de la maladie dont il vient d'être atteint. Cela doit être pour lui une chose tout à fait objective. Cependant ce critérium ne peut être accepté sans restriction ; car il y a des malades qui ne gardent aucun souvenir de leur maladie (folie transitoire) ou qui ont honte d'avouer leur état passé. La dissimulation [1] des phénomènes morbides se rencontre chez les mélancoliques et les paranoïques qui veulent se faire déclarer sains et mettre en liberté ou qui veulent échapper à une tutelle. L'empire de ces malades sur eux-mêmes et leur habileté sont parfois vraiment étonnants.

L'observation minutieuse de la marche de la maladie au double point de vue somatique et psychique est la chose la plus importante. Si cette marche est inconnue, il faut alors avec bienveillance et amabilité s'insinuer furtivement pour ainsi dire dans la confiance du malade et, dans une conversation habile et ayant l'air dégagé, toucher toutes les phases de sa vie et de cette façon tâter prudemment le terrain pour voir s'il n'y a pas d'anomalies émotives ou d'idées délirantes. Ici encore l'étude des écrits peut donner des indications précieuses. Il est aussi important de tenir compte de l'attitude, des penchants et des actes. Pour le spécialiste expérimenté les particularités de la mise, du genre de vie, de la mimique et des gestes peuvent devenir des éléments d'appréciation précieux.

[1] Ingels, *La Folie dissimulée. Bulletin de la Soc. de méd. de Gand*, 1868 ; *Ann. méd. psych.*, 1868, nov. — V. Krafft, *Ger. Psychopathie*, 3e édition, p. 49.

ANNEXE

SCHÉMA POUR EXAMINER L'ÉTAT MENTAL

I. — Anamnèse.

A. — Généalogie et état de santé de la famille

Un membre de la famille (ascendant, collatéral ou descendant) a-t-il été atteint d'une maladie nerveuse ou d'une maladie mentale ?

Chez quel individu de la parenté, à la suite de quelle cause et à quel âge a été observée la maladie nerveuse (maladie cérébrale, de la moelle épinière, hystérie, hypocondrie, chorée, hémicranie, neurasthénie) ou la maladie mentale (psychonévrose ou maladie psychique dégénérative) ?

Y a-t-il eu dans la famille des cas de suicide, d'ivrognerie, d'excentricité, d'immoralité excessive (crime), des arrêts de développement psychique, des morts subites avec symptômes cérébraux (apoplexie, convulsions), de la surdi-mutité, des déformations, et chez quels membres de la famille ? Les parents étaient-ils consanguins ? étaient-ils lors de la procréation jeunes ou âgés, en état d'ivresse, ou ont-ils eu peu de temps avant cet acte une maladie grave (par exemple typhus) ou supporté une cure fatigante (mercure) ou toute autre cause d'épuisement ?

D'après lequel des deux générateurs s'est formé le descendant au point de vue physique et intellectuel ? La tuberculose et la scrofule existent-elles dans la famille ?

B. — Etat de santé et constitution de l'individu

1° *Vie fœtale.*

Quelles étaient les conditions de santé de la mère pendant la grossesse (maladies, lésions, chagrins, débauches) ?

La naissance a-t-elle eu lieu à terme ou a-t-elle été prématurée ? L'enfant a-t-il eu au moment de la naissance des lésions à la tête ?

2° *Accouchement.*

A-t-on observé des accidents cérébraux (convulsions, etc.) ? Ont-ils eu une influence sur le développement physique et intellectuel ? Quand les dents ont-elles percé ? Quand l'enfant a-t-il commencé à marcher et à parler ? Y a-t-il eu somnambulisme ou des soubresauts pendant la nuit ? Y a-t-il eu des maladies infantiles (notamment le rachitisme) ? Lesquelles ? Avec quels accidents consécutifs ? L'enfant était-il peureux, nerveux, excitable, irritable et enclin à la colère ?

3° *Période de la puberté.*

Le développement physique et intellectuel s'est-il fait de bonne heure ou tardivement ? L'individu était-il bien, médiocrement ou mal doué au point de vue intellectuel ?

A quelle époque se manifesta la puberté ? A quelle époque apparurent les menstrues ? Avec quels phénomènes physiques (douleurs, chlorose, malaises nerveux) et psychiques (dépression morale, hypocondrie, exaltation religieuse) ?

L'instinct sexuel s'est-il manifesté trop tôt ou trop tard, ou pas du tout, ou accentué à un degré morbide ou d'une manière perverse ? A-t-il été satisfait et comment (onanisme) ?

A l'époque de la puberté un changement frappant s'est-il manifesté dans le caractère ou même s'est-il produit une maladie psychique ?

4° *Age de la capacité génératrice.*

Quelle était la constitution ? Vigoureuse ou faible ? Y avait-il tendance aux maladies et de quels organes ?

L'individu est-il réellement tombé malade par suite de lésions de la tête, de maladies aiguës (typhus, fièvre intermittente, etc.), notamment de maladies cérébrales (méningite, etc.), de maladies chroniques (chlorose, affections gastriques, intestinales, utérines), surtout par suite de maladies constitutionnelles (syphilis, etc.) et nerveuses (irritation spinale, hystérie, hypocondrie, épilepsie, etc.) ?

Quels furent leurs symptômes principaux, leur durée et leurs suites ?

Dans quel état se trouvaient les fonctions du système nerveux ?

Y avait-il des signes de constitution névropathique (tendance aux délires et aux hallucinations dans les maladies, notamment dans les maladies fébriles ; grande morbidité en général ; réaction extraordinaire aux influences atmosphériques, telluriques, alimentaires : idiosyncrasies ; vive capacité émotive des vaso-moteurs par excitations psychiques : pâleur, rougeur, palpitations, sentiments d'angoisse précordiale, ainsi que pour l'alcool : intolérance pour les boissons spiritueuses, état d'ivresse anormale ; facilité anormale d'irritabilité des nerfs sensitifs et sensoriels : degré d'excitation intense, durée de l'agitation très longue, sensations interfé-

rentes, augmentation de l'irritabilité réflexe, signes de faiblesse, d'irritation, tendance aux convulsions)?

Existait-il des signes d'une constitution psychopathique?

Grande irritabilité, émotivité morale, émotions pathologiques, grande mobilité de l'état d'esprit, changement fréquent et non motivé de l'humeur, sympathies et antipathies alternatives, grande excitabilité de l'imagination, grande excitabilité de la volonté mais sans persévérance?

Comment se comporte l'ensemble de l'être psychique comme caractère?

Pusillanimité ou fermeté, idées sobres ou excentricité et exaltation (politique, religieuse, bigoterie)? sociable ou non? égoïste ou altruiste?

Tempérament? flegmatique ou emporté, facile à froisser, ambitieux?

Au point de vue intellectuel:

Harmonique et selon la moyenne, ou hémilatéral (prédominance de l'imagination avec une intelligence bornée), au-dessus de la moyenne (génial) ou au-dessous (borné)?

Quelles étaient les conditions sociales (le malade était-il à la hauteur de sa position, en était-il satisfait?) et les conditions de famille, notamment dans la vie maritale?

Quel était le genre d'occupation et de vie en tenant compte des influences nuisibles s'il y en avait (excès in venere, onanisme, abusus spirituorum, surmenage)?

Spécialement chez les femmes:

Comment se comportaient les menstrues quant à leur périodicité, leur quantité, les troubles nerveux et psychiques qui pouvaient les accompagner? La malade a-t-elle été enceinte, quand pour la première fois, combien de fois? A quels intervalles les grossesses se sont-elles produites? Quel était pendant les grossesses l'état physique et psychique de la malade? Les accouchements ont-ils eu lieu à terme ou avant terme, avec des complications (accouchement artificiel, hémorragies, etc.), furent-ils suivis de maladies (affections puerpérales)?

La malade a-t-elle allaité? combien de fois et combien de temps?

5° *Causes de la maladie actuelle.*

Causes présumables de la maladie actuelle? A quelle date s'est-elle déclarée? Citer les troubles fonctionnels qui se sont manifestés à la suite de ces causes.

Corrélation dans le mode d'action des causes multiples qu'on a pu trouver.

6° *Prodromes de la maladie actuelle.*

La psychose actuelle est-elle le premier accès ou a-t-on déjà auparavant remarqué un trouble psychique? Quand, par suite de quelles causes, avec quels symptômes? Quelle en fut la marche? le dénouement?

La maladie actuelle s'est-elle déclarée brusquement ou peu à peu?

Quand et avec quels prodromes?

α). Baisse de la mémoire, de la capacité intellectuelle, lassitude intellectuelle, inertie morale, emportements coléreux, changement de caractère, immoralité ?

β). Dépression douloureuse, tendresse anormale, irritabilité d'humeur, tristesse, peur de devenir fou, dégoût de la vie, paresse intellectuelle ?

γ). Expansion d'humeur, loquacité, habitude de se montrer affairé, désir de voyager, manie de la prodigalité ?

δ). Attitude hostile, méfiante, irritée, jalousie, plaintes qu'on vous dénigre, vous calomnie, vous menace ?

ε). Comment se comportaient le sommeil, l'alimentation, les sécrétions, la menstruation ? Y avait-il des maux de tête, du vertige, des sensations précordiales, des névralgies, des troubles de la parole ? Des accès d'apoplexie, de vertige, d'épilepsie se sont-ils produits ?

φ). Les symptômes précurseurs étaient-ils continus, rémittents ou intermittents ? Comment se sont-ils succédé ?

II. — Status præsens.

A. — Examen physique

1° Taille, poids du corps, état de l'alimentation, de la pléthore, de la composition et de la répartition du sang (cyanose, fluxion, anémie locale); âge, en notant particulièrement chez les individus jeunes si le développement physique correspond à l'âge, chez les adultes si les phénomènes du senium et de la décrépitude, s'ils existent, sont motivés par l'âge ?

2° Forme du crâne et volume[1].

α). Périphérie mesurée avec la bande centimétrique.

Périphérie horizontale du crâne à la hauteur de la protubérance occipitale externe et de l'espace intersourcilier.	l'homme 55 c.	la femme 53 c.
Ligne occipitale partant du bord antérieur de l'apophyse mastoïdienne d'un côté à travers la protubérance occipitale externe et allant jusqu'à l'apophyse mastoïdienne de l'autre côté	— 24 c.	— 22 c.
Ligne frontale du bord antérieur du conduit auditif d'un côté et passant par l'espace intersourcilier au conduit auditif de l'autre côté.	— 30 c.	— 28 c.

[1] Les chiffres moyens que nous donnons sont pris d'après les mensurations de Welker, sur le crâne de squelettes (*Untersuchungen über Wachsthum und Bau des menschlichen Schädels*, 1862), modifiés pour les vivants par Muhr. Les plus importantes sont les mesures craniométriques faites sur les aliénés pour constater les proportions, les dimensions et les déformations craniennes, s'il y en a. Les crânes macrocéphales, avec exclusion de la céphalonie, de même les crânes microcéphales font supposer des états d'idiotisme ou d'imbécillité congénitaux ou datant de la première jeunesse. Les déformations du crâne et un développement inégal des deux moitiés, paraissent prédisposer aux maladies cérébrales. Ces signes sont d'une fréquence surprenante chez les paranoïques; souvent ils ont une origine rachitique. Il faut noter les traces de rachitisme laissées sur les autres parties du squelette.

Ligne d'oreille-vertex de l'arcade zygomatique d'un côté à l'arcade de l'autre côté.	l'homme	36 c.	la femme	34 c.
Périphérie longitudinale de la racine du nez à la protubérance occipitale externe	—	35 c.	—	33 c.
Ligne oreille-menton du conduit auditif d'un côté par le menton à celui de l'autre côté.	—	30 c.	—	28 c.

β). Volume au compas d'épaisseur :

Diamètre longitudinal de la racine du nez à la protubérance occipitale externe.	—	18 c.	—	17, 5
Plus grand diamètre en largeur	—	15 c.	—	14 c.
Distance des orifices du conduit auditif	—	12 c. 5	—	11, 5
Distance des apophyses zygomatiques de l'os frontal	—	11 c.	—	11 c.
Distance du conduit auditif à l'épine nasale. . .	—	12 c.	—	11 c.
Index de largeur, c'est-à-dire chiffre trouvé en divisant le centuple du diamètre en largeur par le diamètre longitudinal	—	80	—	70

Signes de dégénérescence :

α). Anomalies craniennes : micro, macrocéphalie (céphalonie et hydrocéphalie), rhombo, lepto et clinocéphalie.

β). Les yeux : cécité congénitale, rétinite pigmentaire, coloboma iridis, albinisme, pigmentation inégale de l'iris, strabisme congénital, obliquité de la fente oculaire.

γ). Nez : position oblique du nez, racine du nez très enfoncée (crétinisme).

δ). Oreilles : trop petites, trop grandes, lobule rudimentaire ou se perdant dans la peau d'alentour, différenciation défectueuse de l'hélix et de l'anthélix, du tragus et de l'antitragus.

ε). Différenciation défectueuse des dents, absence totale ou partielle de la seconde dentition, position anormale des dents (rachitisme).

ϑ). La bouche et le palais : bouche trop grande, trop petite ; palais trop ogival, trop étroit, trop plat, trop large ou trop aplati hémi-latéralement, staphylorraphie limbeuse, bec-de-lièvre, gueule-de-loup, os incisif proéminent.

φ). Squelette et extrémités : taille de nain, pied bot, main bote ; développement inégal des mains, des doigts, orteils surnuméraires.

μ). Parties génitales : cryptorchidie, épi-hypospadias, hermaphroditisme, utérus infantile, bicorne, etc., phimosis et hypertrophie du prépuce.

ι). Poils : système pileux anormal chez les femmes, corps velu.

4° Température du corps (thermomètre).

5° Fréquence du pouls ; qualité du pouls (lent ou accéléré : sphygmographe).

6° Examen des fonctions des organes sensitifs supérieurs (ophtalmoscope, etc.).

7° Examen de la sensibilité[1] : hyperesthésie, anesthésie, névralgies (esthésiomètre, aiguille, courant électrique).

8° Examen des réflexes cutanés et profonds.

9° Examen des fonctions motrices[2] : innervation faciale, mydriase, myosis, inégalité des pupilles, réaction de l'iris (atropine, fève de Calabar), nystagmus, strabisme, paralysie du nerf oculo-moteur, ptosis, langage (aphasie, ataxie, glossoplégie); ataxie, tremblement, parésie, paralysie des extrémités, des sphincters, catalepsie et tension musculaire.

10° Fonctions sécrétoires : salivation, sueurs, examen des urines.

11° Etat trophique de la nutrition de la peau, décubitus, othématome.

12° Examen physique des organes pectoraux et abdominaux; chez les femmes : position, conditions végétatives et forme de l'utérus.

13° Attitude, regard, mine, gestes.

14° Sommeil, alimentation.

15° Fonctions sensorielles : vertige, sensations de changement de poids de la tête, de l'avoir plus grande ou plus petite, etc.

B. — Examen psychique

1° Etat d'esprit : humeur fondamentale, changement d'humeur, état de l'irritabilité d'humeur, mode de réaction pour les événements du monde extérieur, si la réaction est augmentée ou diminuée ; prendre en considération s'il y a des sentiments psychiques qui annotent les perceptions des sens et de quel genre sont ces sentiments psychiques.

2° Représentation (image mentale) : est-elle ralentie ou accélérée, décousue; y a-t-il fuite des idées, confusion, idées obsédantes ?

3° Conscience : est-elle obnubilée et dans quel sens (notion du temps, du lieu, conscience de sa propre personnalité), ou libre?

4° Mémoire : aiguisée ou affaiblie, perte partielle (faits récents) ou générale?

5° Perceptions des sens : sont-elles facilitées ou ralenties, faussées ou absentes?

6° Etat des pensées, mode d'accomplissement des processus de logique, état de la capacité au travail psychique en général, son intensité (netteté, clarté) et sa durée (fatigue rapide).

7° Attitude de la conscience éthique : présence et utilisation des notions et des jugements moraux?

8° Les efforts : sont-ils accentués (activité ardente) ou diminués (aboulie)?

9° Existence des idées délirantes, des hallucinations?

[1] Méthodes v. Erb, *Ziemssens Handb.*, XII, p. 190.

[2] Méthodes, v. Erb, *Ibid.*, XII, p. 239.

CINQUIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE[1]

CHAPITRE PREMIER

POINTS DE VUE GÉNÉRAUX

Il n'y a pas longtemps qu'on sait que l'aliénation est une maladie cérébrale et que, reconnue à temps et bien traitée, elle est guérissable. Au siècle dernier encore, une ignorance brutale faisait enfermer les aliénés gênants avec les criminels et les vagabonds dans les prisons centrales et les maisons de détention, ou bien on les laissait périr dans la crasse et la misère.

Etre criminel n'était guère une plus grande honte que d'être aliéné !

Il était réservé aux temps modernes d'arriver à des vues plus justes sur la nature et le traitement de ces états morbides, mais après de nombreux errements sur la nature de l'aliénation mentale, après une longue et fâcheuse dispute sur la question de savoir si c'est l'âme ou le cerveau, ou tous les deux qui sont malades.

L'étude scientifique de l'aliénation mentale comme maladie cérébrale a amené la conviction humanitaire que, en présence d'une si navrante misère, la société est obligée de donner aide et protection et qu'il ne lui est point permis de se débarrasser des plus malheureux de ses membres en les jetant simplement en prison.

Le premier résultat de ces tendances scientifiques et humanitaires a été la création des asiles d'aliénés. C'est ainsi qu'on a inauguré l'ère d'une thérapeutique rationnelle des maladies mentales.

La thérapeutique, telle que nous la pratiquons aujourd'hui, ne s'inquiète plus de la question nullement pratique, mais métaphysique de savoir si au-dessus du cerveau il y a encore une âme isolée, si la thérapeutique doit être exclusivement somatique ou psychique. Ce fait admis que toutes les manifestations intellectuelles sont des fonctions cérébrales, nous devons

[1] Neumann, *Manuel*, p. 194. — Griesinger, *Op. cit.*, p. 469. — Hergt, *Allg. Zeitschr. f. Pschy.*, 33, fasc. 5 et 6. — Voisin, *Traité de la paralysie générale*, p. 472.

agir aussi bien sur la vie psychique du malade par notre influence psychique en réveillant des sentiments, des images mentales, des tendances, que nous devons, forts de l'expérience qui nous apprend que des processus anatomiques cérébraux sont les causes de la folie, chercher à faire disparaître les troubles des fonctions cérébrales par l'emploi des moyens somatiques et médicamenteux.

L'égale importance du traitement somatique et du traitement psychique ainsi que la nécessité de combiner ces deux méthodes, paraît être ainsi le principe suprême de la thérapeutique des psychoses.

Pour l'appliquer, il est nécessaire d'examiner préalablement et d'une façon très exacte la personnalité malade dans tous ses rapports avec le présent et le passé, d'étudier son caractère, ses penchants, ses habitudes, ce qui permettra d'échafauder ensuite un système de thérapeutique qu'on ne peut comprendre qu'individuelle; puis il faut chercher à établir les antécédents somatiques, les maladies et les prédispositions morbides d'autrefois, les circonstances et les causes de la maladie, la marche qu'elle a suivie jusqu'à présent et ses phénomènes actuels.

Il faut tout d'abord être parfaitement éclairé sur l'étiologie et la nature de la maladie existante, savoir si elle est idiopathique et quelles altérations du cerveau pourraient l'avoir causée, ou si elle est sympathique et, dans ce cas, quels troubles nutritifs généraux ou quelles affections locales ont pu la provoquer.

Si le diagnostic anatomique (hyperhémie, anémie, inflammation, etc.) est impossible, il faut faire au moins un diagnostic fonctionnel et tirer au clair tous les troubles fonctionnels existants.

Le diagnostic de la forme morbide n'a tout au plus qu'une valeur clinique, mais il n'est nullement suffisant pour la thérapeutique.

La psychiatrie n'a jamais affaire à des formes morbides, mais uniquement et toujours à des individus malades. Contrairement à la plupart des maladies des organes végétatifs, où le processus anatomico-pathologique et souvent aussi la constitution physique viennent en ligne de compte, la psychiatrie ne peut et ne doit être que rigoureusement individualisante.

Le point principal de la thérapeutique est dans l'anamnèse, la pathogénie et l'étiologie du cas individuel. Dans le domaine de la psychiatrie, les méthodes curatives spéciales, les systèmes thérapeutiques ne sont appliqués que par les routiniers ou les charlatans.

C'est dans le traitement individuel de la personne psychiquement malade que réside tout l'intérêt, mais aussi toute la difficulté de la thérapeutique, surtout quand elle est purement psychique. Comme l'aliénation mentale représente dans la plupart des cas une maladie chronique, durant des mois et même des années, nous avons assez de temps pour établir les circonstances et la nature du cas pour les interventions médicales. Dans les cas rares où l'aliénation mentale se déclare d'une manière aiguë et a une marche aiguë, une thérapeutique active n'a que peu d'action contre la maladie qui, ordinairement, a une évolution typique. Mais quand même le cas concret serait parfaitement net au point de vue pathogénique et cli-

nique, des limites très étroites sont tracées pour l'intervention thérapeutique active.

Ce n'est que rarement qu'on arrivera à un diagnostic anatomique et, quand même on y arriverait, il resterait encore à résoudre ce problème fort douteux : sommes-nous en état et par quels moyens d'intervenir d'une manière efficace contre la marche du processus cérébral.

De là vient que la tâche du médecin-aliéniste consiste essentiellement à écarter les influences étiologiques ou les complications des autres organes, à améliorer par des moyens somatiques et diététiques les conditions de circulation, d'excitation et de nutrition du cerveau malade, ainsi qu'à influencer psychiquement ce dernier et d'une manière salutaire en régularisant le repos et l'activité, en ranimant les états d'esprit, les images mentales et les tendances de la volonté, et enfin à combattre certains troubles élémentaires (insomnie, refus de nourriture, hallucinations, etc.) qui peuvent paraître fâcheux ou menaçants.

Bien que des limites étroites soient tracées à notre action thérapeutique quand la maladie est à son apogée, la psychiatrie ne s'en trouve pas moins en présence d'une noble tâche, celle de faire connaître et appliquer la prophylaxie de ces maladies.

CHAPITRE II

PROPHYLAXIE DE LA FOLIE[1]

L'étiologie de l'aliénation mentale nous montre les causes funestes qui produisent cette maladie. Beaucoup de ces causes sont évitables. C'est l'affaire de la société comme de l'individu de se prémunir contre les plus efficaces de ces causes parmi lesquelles nous nous bornons à citer la transmission héréditaire par l'acte générateur, les excès sexuels et alcooliques.

Souvent le médecin est à même de préserver d'un mal menaçant des individus qui, par suite des tares de leurs générateurs, ont une prédisposition à ces maladies. Mais le médecin pour réussir doit posséder des connaissances psychiatriques solides.

La prophylaxie a ici une belle tâche et qui n'est point ingrate. Car la prédisposition en elle-même n'est pas encore une maladie et il est dans le domaine de la possibilité de préserver de ce malheur en affaiblissant la prédisposition et en développant la force de résistance contre les influences morbides et en les évitant.

L'éducation et le traitement des enfants névropathes ou tarés doivent s'inspirer surtout des règles suivantes.

L'hygiène doit commencer dès l'enfance.

Il n'est pas permis d'élever ces enfants au biberon ou par d'autres moyens artificiels, mais ils ne doivent pas être non plus allaités par la mère dont le corps névropathe, anémique, donne une mauvaise alimentation. Autant que possible il faut leur procurer une nourrice saine de corps et d'esprit et les laisser allaiter par celle-ci au moins jusqu'à la fin du neuvième mois.

Il ne faut pas tolérer les chambres trop chauffées, ni les vêtements trop chauds. La température des bains doit être de 26° R. et descendre au bout de peu de mois à 23° R.

A la période dangereuse de la première dentition il faut appliquer avec une rigueur toute particulière tous les préceptes hygiéniques afin d'éviter autant que possible les hyperhémies cérébrales et les convulsions si fréquentes et si graves à cette époque.

[1] Esquirol, I, p. 156. — Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, II, p. 630. — Morel, *Traité des malad. ment.*, p. 632. — Engelken. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 10, p. 353. — Plagge, *Memorab.*, 1863, VIII, p. 9, 10. — Walter, *Irrenfreund*, 1875, 6.

C'est de bonne heure qu'il faut endurcir les enfants par des ablutions froides et par le séjour en plein air. Une nourriture vigoureuse, mais non excitante, en évitant le café, le thé et les spiritueux, est recommandable.

On ne saurait s'occuper trop tôt du développement des sentiments et du caractère. Qu'on habitue de bonne heure les enfants à l'obéissance, qu'on cherche à rendre sûre leur morale, qu'on ne laisse pas naître chez eux des états passionnels, aussi peu que possible de sensibilité ; qu'on cherche à les amener au calme et à l'empire sur eux-mêmes en face des péripéties de la vie.

La majorité des enfants tarés présentent un développement intellectuel anormal. Ou il est prématuré, et dans ce cas il faut le refréner; ou il est retardé, et dans ce cas il faut avoir de la patience. Toute fatigue cérébrale doit être évitée. Ces enfants ne doivent être envoyés que tard à l'école, et comme les efforts intellectuels ne sont pas leur affaire, il faut leur choisir de bonne heure une carrière bourgeoise, un travail manuel, ce qui leur évite les dangers du lycée et plus tard ceux d'une activité sédentaire et du surmenage intellectuel.

Si les parents sont des individus bizarres, hypocondriaques ou hystériques, il vaudrait mieux ne pas élever l'enfant dans la maison paternelle et le préserver ainsi du danger d'une éducation manquée ou d'une transmission des infirmités psychiques des parents par voie d'imitation. L'éducation dans les pensionnats ne convient pas non plus à ces enfants et cela pour différentes raisons ; le mieux serait l'éducation dans la maison d'un pédagogue ou d'un prêtre à la campagne.

Il faut particulièrement faire attention aux aberrations éventuelles de l'instinct génital qui souvent, chez ces individus tarés, se développe avec une précocité anormale et une intensité excessive. Tout ce qui somatiquement ou psychiquement peut aider au développement de la sphère sexuelle doit être soigneusement écarté.

Les individus prédisposés ont besoin d'une surveillance médicale toute particulière à l'époque de la puberté qui est remplie de périls pour eux, ainsi qu'en général à toutes les phases de la vie physiologique.

La moindre maladie somatique qui viendrait à se déclarer pourrait fermer le cercle qui enchaîne les éléments étiologiques et faire éclater l'aliénation mentale. Chaque maladie de ce genre (chlorose, etc.) a besoin d'être soigneusement prise en considération et traitée énergiquement.

Au point de vue psychique, c'est surtout la lecture des romans et les tendances religieuses trop vives et trop enthousiastes qui sont dangereuses. Chez les individus du sexe masculin, le mariage de bonne heure diminue les chances la maladie ; chez ceux du sexe féminin, le mariage n'est désirable que quand l'individu a atteint la maturité physique. Autrement, il serait à craindre que la grossesse et le puerpérium trouvent un corps insuffisamment développé et sans force, et provoquent l'aliénation mentale.

L'allaitement aussi, autant qu'il est possible au point de vue médical, doit être surveillé et ne pas être continué pendant longtemps, tout au plus

pendant trois mois. Le traitement diététique et médical pendant le puerpérium doit être fortifiant.

A l'apogée de la vie, une carrière bien choisie, c'est-à-dire un métier exempt d'agitations et qui n'expose pas l'individu aux péripéties de la finance et du commerce, serait la mieux appropriée pour la conservation de l'équilibre des fonctions intellectuelles. En même temps il faut suivre un genre de vie conforme à la nature, éviter l'abus des boissons, et tenir compte des fonctions des organes digestifs.

Dans certains cas, l'accomplissement de ces préceptes préservera bien des individus prédisposés de la folie.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE AU DÉBUT [1]

Il est rare que l'aliénation mentale arrive subitement, comme un éclair dans un ciel serein. Dans la plupart des cas, elle se développe lentement, pendant des mois entiers et même des années. Temps précieux pendant lequel on peut réagir contre le mal en germe, si le médecin-praticien est aussi un aliéniste et s'il reconnaît clairement le début de la folie là où des gens inexpérimentés ne voient qu'une dépression physiologique, peut-être un chagrin d'amour, ou la chlorose, l'hystérie, l'hypocondrie, de la faiblesse nerveuse, de l'agitation nerveuse, et autres clichés diagnostiques connus.

Malheureusement, l'ignorance que l'on rencontre encore assez souvent chez les praticiens en fait de psychiatrie permet à ce stade de passer inaperçu dans la plupart des cas et sans être utilisé ; ce n'est que la maladie qui semble éclater brusquement qui fait ouvrir enfin les yeux.

Quand la maladie en voie de développement a été heureusement reconnue à temps, il est encore possible dans bien des cas de prévenir la catastrophe.

La première condition pour réussir, c'est de rechercher les causes et de les éloigner. La thérapeutique psychique, aussi bien que la thérapeutique somatique, ont ici un champ vaste. Dans un cas, ce sont peut-être des conditions vitales malheureuses ou le surmenage ; dans un autre, l'anémie, les troubles menstruels, une maladie utérine, un catarrhe gastrique, etc., qu'il faut faire disparaître.

C'est l'affaire du tact du médecin et du diagnostic de toucher juste dans ce cas. En général, on peut établir les règles indicatrices suivantes :

1° Cessation des travaux professionnels. Le malade doit dételer. L'effet le plus avantageux est produit par un séjour à la campagne, dans un paysage riant, chez des amis, des parents, éventuellement un petit voyage.

Il faut éviter les grands voyages, les villes, les stations thermales

[1] Comparez Ricker, *Nassauisches corresp. bl.*, 1862, 1. — Leidesdorf, *Allg. Wiener med. Ztg.*, 1862, 8, 9, 10. — Maudsley, *Med. Times and Gaz.* avril, 1868. — Erlenmeyer, *Wie sind die Seelenstörungen in ihrem Beginn zu behandeln?* Neuwied. 1861. — Yellowlees, *Bril. med. Journ.*, 151.

bruyantes. Un changement de milieu est d'autant plus nécessaire que ce sont des conditions locales (affaires de famille ou sociales) qui ont provoqué ou favorisé la maladie.

2° Eviter toutes les influences affaiblissantes : l'aliénation mentale va de pair avec des troubles profonds de la nutrition ou les amène.

3° Avoir une nourriture substantielle, mais non excitante. Les boissons, ainsi que l'usage des cigares forts, doivent être évités.

4° Avoir soin que les sécrétions s'accomplissent régulièrement, notamment les selles quotidiennes. Il ne faut pas prescrire de drastiques, mais seulement des lavements, aloès, préparations de rue, de podophyline; salins ou diététiques (crème de tartre, raisins, lait caillé, etc.).

5° Il faut tenir compte de l'état des fonctions cérébrales en général, particulièrement du sommeil ; il faut combattre les troubles de la circulation cérébrale s'il y en a.

Contre l'insomnie, on peut employer avec utilité : les bains, les enveloppements dans le drap humide, l'hydrate d'amylène, le sulfonal ou le trional d'une façon passagère, les opiacés seuls ou en combinaison avec le quinquina, la digitale avec l'eau de laurier cerise, les sels de brome, selon les causes particulières de l'insomnie.

Les troubles de la circulation qu'on rencontre ici sont pour la plupart des hyperhémies fluxionnaires produites par une diminution de l'innervation vaso-motrice. Ils cèdent à un régime tonique, et on peut les combattre éventuellement par des épithèmes froids, par des compresses de glace, par des ventouses sèches ou des sinapismes à la nuque, des bains tièdes (surtout quand le cœur est agité), bains jusqu'à 25°, des bains de pieds et de mains.

6° Le médecin doit être expérimenté dans le traitement psychique, posséder la confiance du malade, et savoir se faire obéir. Il doit savoir produire de la diversion chez lui et l'égayer. Il faut donner des instructions à l'entourage sur la conduite à observer vis-à-vis du malade, et veiller à ce que ses avis soient suivis (on trouve des préceptes et des indications excellentes à ce sujet dans les ouvrages de Schröter et Hecker)[1]. On ne doit ni faire la morale au malade ni le critiquer.

Il est aussi absurde de combattre par la logique et par la dialectique les idées erronées du malade qu'il est blâmable d'aborder ce sujet.

Ces tentatives ne peuvent que nuire, car elles ne font qu'irriter et qu'aigrir le malade et le confirmer dans ses idées, qui reposent sur une affection cérébrale.

En un mot, il faut laisser le malade tranquille, et il ne faut intervenir auprès de lui que lorsqu'il veut contrarier son régime sanitaire ; mais alors même, il faut agir avec calme et douceur, jamais par ruse. Il ne faut jamais perdre de vue le malade.

7° Quand l'aliénation mentale débute par un état mélancolique et qu'il existe des phénomènes d'hypéresthésie psychique avec ou sans angoisse

[1] Hecker, *Anleitung f. Angehörige von Gemüthskranken*, 1879, 2e édition.

précordiale, l'opium est un remède excellent qu'on ne saurait trop apprécier.

Mais dans la majorité des cas, ces conseils bien intentionnés ne restent qu'à l'état de pieux désirs. Si le médecin a reconnu trop tard la maladie, il reste perplexe ou il tombe sur certaines méthodes curatives absolues, toutes modelées sur le même moule, sûrement nuisibles, méthodes que Erlenmeyer, puisant dans sa riche expérience, a si vaillamment châtiées dans une excellente brochure (*Wie sind die Seelenstörungen in ihrem Beginn zu behandeln*, 1861)[1]. Le malade est traité ou plutôt maltraité par une cure de privations, c'est-à-dire un régime blanc, saignées, purges, dépuratifs, etc., ou bien on l'envoie dans un établissement hydrothérapique où il gèle, où on lui applique impitoyablement des douches froides et où on l'affaiblit; ou bien on lui prescrit une cure qui l'ébranle au moyen du tartre stibié et de chocs psychiques, ou bien une cure de distraction dans laquelle le malade qui est agité, douloureusement déprimé, et a besoin de repos, est traîné en voyage, aux théâtres, aux concerts, dans les sociétés. On complète dignement cette cure moderne d'abrutissement par le chloral et le sulfonal employés par certains médecins ignorants à des doses qui peuvent empoisonner le malade.

Enfin le malade devient fou furieux, stupide ou obstiné. On voit que le traitement en liberté n'est plus possible, et c'est alors qu'on se souvient du malheureux asile d'aliénés où on l'amène alors souvent dans un état incurable.

Tel est le sort des malheureux aliénés, dont la maladie, grâce à l'ignorance des médecins et au préjugé funeste qui règne contre les asiles, est déjà devenue un caput mortuum quand enfin elle arrive entre les mains des spécialistes[2].

Il est de la plus grande importance de trancher à temps la question de savoir quand le traitement en liberté ne convient plus et quand l'internement dans l'asile devient nécessaire.

[1] Comparez Stark, *Warnung v. d. Kaltwasserkur*, *Würtemberg. Corresp. bl.*, 1769, 1.

[2] Neumann dit avec raison (*Psych.*, p. 74) : « Une grande partie des malades pour lesquels on demande une place à l'asile, sont déjà pour ainsi dire tout à fait perdus. La faute en revient en partie à la famille, en partie au médecin. La première met beaucoup de temps à croire que l'individu est malade; le second enfin appelé met beaucoup de temps à croire que le malade est un aliéné et tous les deux mettent ensuite beaucoup de temps pour se convaincre que le secours d'un médecin aliéniste est nécessaire.

« Dans la première période on tourmente et on irrite le malade par des distractions, des essais de persuasion, des semonces, des critiques, etc.; à la seconde période on essaie de combattre l'irritation par des saignées, des purgatifs, des stimulations de la peau, des suppurations artificielles; et à la troisième période on est étonné que tous ces moyens n'aient servi à rien. Alors intervient le médecin aliéniste qui trouve les forces épuisées, la digestion mauvaise, l'irritation psychique arrivée au plus haut degré ou tombée à l'état de la plus profonde dépression, souvent même une folie au seuil de la démence. C'est à ce moment qu'on demande une guérison à l'aliéniste ».

CHAPITRE IV

L'ASILE [1]

Lieu de terreur pour les profanes, l'asile d'aliénés est pour l'aliéniste le moyen thérapeutique le plus important qu'il possède contre la maladie. Ce n'est que là que le malade trouve une protection efficace contre les dangers et notamment contre le suicide. A l'asile il peut se laisser aller sans être semoncé, corrigé, endoctriné ; il trouve des ménagements et de la bienveillance, une plus grande mesure de liberté que ne pourrait lui en laisser le traitement dans sa famille, un appareil thérapeutique complet, en même temps de la distraction et de la dérivation autant qu'il en est capable.

Il est vrai qu'il doit se soumettre à l'autorité du médecin, à la discipline et au règlement de la maison ; mais aussitôt qu'il reprend ses sens, il reconnaît l'esprit bienveillant dont le tout est animé. Protection contre les dangers, puissant ensemble de moyens somatiques et psychiques, voilà les avantages que ces établissements offrent sur le traitement en liberté, qui a à lutter contre la résistance du malade, le manque d'intelligence de l'entourage, l'insuffisance de l'espace et des moyens.

Mais souvent l'asile même constitue le remède direct en tant que le transfert du malade dans d'autres conditions qui lui sont adéquates accomplit l'indication causale et supprime net l'influence morbide d'un genre de vie excédant ou des conditions familiales et professionnelles défavorables.

En général les malades reçoivent la meilleure impression de l'établissement et ordinairement ceux qui guérissent se souviennent avec gratitude de l'asile auquel ils doivent leur guérison. La statistique nous montre clairement [2] que plus le malade arrive tôt à l'asile, plus grande est la probabilité de sa guérison. Malheureusement de nombreux préjugés traditionnels s'opposent à ce qu'on ait recours à temps aux asiles comme

[1] Roller, *Die Irrenanstalt*, Carlsruhe, 1833. — Griesinger, *Archiv. f. Psychiat.*, I, p. 9. *Rapport sur le service des aliénés*, Paris, 1874 (excellent exposé des exigences d'un asile moderne, p. 95).

[2] D'après Jensen (*Irrenfreund*, 1877, 9), on a guéri à Alenberg seulement 16 p. 100 des 155 personnes appartenant au monde du commerce, par contre 56,2 p. 100 des 206 domestiques; les premiers ne venaient à l'asile que lorsque tous les moyens étaient épuisés; les derniers n'ayant ni domicile ni argent, y étaient transportés immédiatement après que leur maladie s'était déclarée.

moyen de guérison. Le profane croit qu'il faut laisser d'abord le malade mûrir pour l'asile, c'est-à-dire devenir incurable, et de là vient que, selon une expression très frappante de Maudsley, les établissements d'aliénés ressemblent plutôt à des cimetières de la raison ébranlée qu'à des asiles pour les maladies cérébrales. On croit que le malade en vivant avec d'autres malades n'en deviendra que plus malade encore. L'expérience nous apprend le contraire. Les malades, en voyant que les autres sont traités de la même façon qu'eux, deviennent attentifs à leur propre état ; l'exemple des autres les stimule d'une manière salutaire et les amène à l'ordre et à la soumission.

Bien entendu nous supposons une séparation convenable des malades selon leur degré d'instruction ou leur attitude psychique, sélection qui se fait dans chaque asile.

Cependant tous les malades n'ont pas besoin d'être internés dans une maison d'aliénés. Tant que, chez le grand public, l'aliénation mentale passera pour une maladie déshonorante et que le séjour dans un asile portera préjudice au malade guéri, on ne devrait interner le malade que quand l'urgence en a été mûrement examinée et pesée.

D'ailleurs les asiles ne suffiraient jamais à recevoir tous les aliénés.

Pour décider si l'asile est nécessaire ou non, il faut adopter comme principe suprême de toujours examiner les chances de guérison. Si les conditions de la vie de famille sont défavorables, peut-être même la cause de la maladie, si le médecin est inexpérimenté et l'entourage inapte au traitement psychique, si les moyens pécuniaires sont restreints, on ne pourra guère éviter l'asile.

Si on trouve des conditions favorables, on pourra se passer de l'asile pendant un temps, mais alors il est nécessaire d'éloigner le malade de son milieu habituel.

Un deuxième point de vue est celui des dangers que le malade présente pour lui-même et son entourage. La surveillance dans le traitement privé ne protège pas suffisamment contre les accidents.

Un troisième point c'est l'indocilité du malade aux soins, l'impossibilité d'arriver à la guérison, le refus de nourriture.

Enfin tout cela dépend beaucoup aussi de la nature de la maladie. L'asile d'aliénés ne devrait servir que pour les cas chroniques. Le grand appareil administratif d'un asile d'aliénés est absolument inutile pour une aliénation qui cesse au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Il suffit d'un hôpital ordinaire si les soins donnés dans la famille se trouvent insuffisants. Dans l'hôpital de chaque ville on devrait prendre des dispositions pour héberger les cas aigus (delirium tremens, délire épileptique, etc.). Parmi les malades chroniques qui doivent en général être reçus dans les asiles, il est indispensable d'interner les mélancoliques avec tœdium vitæ prononcé ou avec impulsions destructives contre le monde extérieur, avec refus de nourriture, par suite de l'impossibilité de prévenir dans le traitement en liberté les dangers qui résultent de ces états.

Les maniaques et les fous furieux ont besoin de l'établissement à cause

de l'isolement nécessaire pour leur guérison et de leur caractère dangereux; de même les épileptiques avec états d'agitation fréquents, les paranoïques qui ont des idées délirantes dangereuses, les paralytiques dans les premiers stades de la maladie.

Il faut autant que possible éviter l'internement des hypocondriaques et des hystériques, des individus atteints de folie raisonnante, surtout quand ils sont tarés, irritables, méfiants, et flairent partout des préjudices et des persécutions.

La place des individus atteints de faiblesse psychique secondaire, des paralytiques au stade terminal de leur maladie, des ivrognes, des fous criminels, n'est pas dans les asiles d'aliénés.

Pour l'internement dans un asile d'aliénés il existe partout des prescriptions législatives qu'il faut accomplir pour empêcher les abus et notamment pour protéger les individus sains contre la séquestration.

Il suffit qu'un médecin public constate par un certificat la maladie et motive la nécessité de recevoir le malade et qu'enfin les autorités administratives et judiciaires soient prévenues de l'entrée du malade dans l'asile.

Si l'on rend les conditions d'admission trop difficiles, c'est l'asile qui en souffre d'une manière sensible, ayant lui-même déjà tant à lutter contre les préjugés.

Si l'internement est nécessaire, il faut le dire au malade avec beaucoup de ménagements, mais franchement ; on ne doit pas le tromper en alléguant par exemple un voyage d'affaires, un départ pour les bains de mer, une visite chez des parents. Dans les meilleurs cas cette supercherie empêche le malade de se rendre compte de son état ; souvent elle l'irrite, quand il s'aperçoit ensuite de la ruse, et éveille en lui des sentiments hostiles contre l'asile et contre sa famille.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE LA FOLIE A SA PÉRIODE D'ÉTAT

I. — Thérapeutique somatique. — Remèdes physiques et chimiques.

On a établi comme principes fondamentaux :

α) Diagnostic précis de l'origine et de la nature des modifications somatiques qui sont la base de l'aliénation mentale ;

β) Eviter toute intervention qui pourrait affaiblir l'organisme de l'aliéné.

Il faut considérer comme un vieux préjugé l'opinion que les aliénés auraient besoin de plus grandes doses de médicaments que les individus sains d'esprit.

Ce n'est que dans des cas rares, notamment en présence des narcotiques, qu'une même dose produit chez le même malade un effet différent suivant que le médicament est donné au moment de l'excitation psychique ou après.

Du reste cette plus grande tolérance n'est qu'apparente, étant donné que le malade ne se plaint pas de l'effet désagréable du médicament ou n'y prête pas attention, sans pour cela réagir au point de vue pharmacodynamique d'une autre manière que l'individu sain d'esprit.

Quant aux états cérébraux, si importants au point de vue étiologique et thérapeutique, il faut renvoyer à la pathologie et à la thérapeutique générales des maladies somatiques.

Celui qui veut comprendre et traiter les aliénés doit connaître toute la science médicale.

Les difficultés qu'on a ici à combattre au point de vue diagnostic et thérapeutique ne sont guère moins grandes que celles qu'on rencontre dans la pratique des maladies des enfants. Les connaissances approfondies en neuropathologie et en gynécologie sont très précieuses. L'intervention médicale sur ce dernier terrain ne doit cependant se faire qu'avec prudence et tact. C'est avec raison que Ripping (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 39) prévient contre un trop grand empressement et Schüle (*Handb.*, 2 éd., p. 624) contre les procédés brutaux. En général on ne doit tenter un examen et agir au point de vue thérapeutique que quand les malades reviennent à la raison

ou que la vie et la santé (hémorragies, pertes profuses) exigent impérieusement une intervention.

Nous avons peu de remèdes à notre disposition pour combattre les états psychopathiques.

Le point principal c'est d'avoir des indications justes.

A. — Moyens pour empêcher l'afflux du sang au cerveau

1° *En diminuant la quantité du sang. Saignées.* — Autrefois on a fait un grand abus des saignées chez les aliénés en se basant sur les théories de l'inflammation.

Le temps est passé où l'on ne pouvait se figurer un état d'excitation cérébrale autrement que sous la forme de l'hyperhémie ou de l'inflammation du cerveau et où l'on prenait la lancette dès qu'une folie furieuse était diagnostiquée ou qu'un malade furieux se mettait à délirer.

Depuis qu'on sait que l'aliénation mentale se produit souvent comme la conséquence directe d'une perte de sang ou par suite d'inanition, on est devenu prudent en ce qui concerne les saignées.

Aujourd'hui l'usage de la saignée chez les aliénés est pour ainsi dire franchement proscrit et cette proscription a été mille fois justifiée par l'expérience, car la saignée chez les mélancoliques et les foux furieux amenait une accentuation de l'agitation ou un épuisement et de la stupeur, et on n'a presque jamais vu un cas amélioré par ce moyen. Les résultats plus favorables obtenus par la psychiatrie moderne sont dus moins à la découverte et à l'emploi plus rationnel des nouveaux remèdes qu'à l'abolition des interventions affaiblissantes parmi lesquelles il faut citer, outre les purgatifs, l'émétique, les vésicatoires, les moxas, les onguents vésicants et, en première ligne, les saignées générales.

Comme régulièrement l'aliénation mentale provient de causes affaiblissantes, qu'elle marche de pair avec une diminution progressive du poids du corps, une accentuation de l'activité cérébrale, de l'insomnie et une alimentation insuffisante, elle mène à l'inanition et à l'anémie dont l'expression nette est l'état d'épuisement et d'hébétude qui succèdent aux troubles psychiques graves.

Nous avons chez les aliénés assez souvent affaire à des phénomènes nets d'hyperhémie cérébrale; ce ne sont pas les conséquences d'une pléthore mais d'une faiblesse des processus neuroparalytiques dans le domaine des nerfs vaso-moteurs.

Il est évident qu'ici la saignée est presque sans aucune valeur par suite de la déplétion éphémère qu'elle crée, tandis que l'appauvrissement du sang qui en résulte ne saurait être compensé que lentement ou pas du tout et qu'il menace de transformer en atrophie cérébrale un épuisement cérébral peut être encore réparable.

Dans les cas rares où les circonstances semblent rendre une saignée

nécessaire, au début du delirium acutum, dans la folie qui éclate par suite de la suppression des règles, dans certains cas de psychoses de la ménopause, il suffira de mettre des sangsues aux tempes, derrière les oreilles ou à la cloison des fosses nasales ou des ventouses à la nuque, pour remplir l'indication symptomatique. En général nous devons toujours être très économes du sang des aliénés.

2° *En diminuant l'activité du cœur.* — En première ligne il faut mentionner ici la digitale[1] (en infusion ou en teinture). Son action accumulante exige de la prudence dans son emploi. Une affection catarrhale gastrique aiguë et les états d'excitation sexuelle accentués contredisent l'emploi continu et à haute dose de ce médicament.

L'azotate de soude, de petites doses de morphine et d'eau de laurier cerise aident à l'action de la digitale. L'activité du cœur, s'il est agité, peut encore être calmée par des compresses froides appliquées sur la région cardiaque, par la diminution de la température du sang au moyen de demi-bains frais (21 — 16° R.)

3° *Par dilatation des voies vasculaires périphériques.* — Cette méthode est surtout utile dans les hyperhémies cérébrales durables et plutôt veineuses. A côté du bain tiède on emploiera utilement les frictions avec des draps de lit humides, l'enveloppement dans les draps, ensuite des bandages aux jarrets (Winternitz).

Une dérivation du côté des vaisseaux intestinaux au moyen des sels, des eaux minérales contenant du sel de Glauber, du sel de Carlsbad, de l'aloès, de la rhubarbe, du nerprun, peut être indiquée. Les ventouses sèches produisent une déplétion abondante du côté de la peau.

4° *Par resserrement des voies vasculaires du cerveau.* — α) *Hydrothérapie*[2]. — On peut resserrer les voies vasculaires du cerveau d'une manière réflexe par des compresses froides ou par des sacs de glace sur la tête, ou directement par des compresses ou des sacs appliqués le long des vaisseaux du cou.

β) *Excitations de la peau.* — Heidenhain (*Pflüger Archiv*, III et IV) a obtenu avec un stimulant sensitif une contraction des vaisseaux de tout le corps et par réflexe celle du centre vasculaire dans la moelle allongée. Schüller, à l'aide des sinapismes, a provoqué chez des lapins d'abord une dilatation des vaisseaux de la pie-mère, ensuite un rétrécissement durable de ces vaisseaux. Ce moyen de restreindre l'afflux du sang au cerveau est surtout apte à dissiper les états d'hyperhémie veineuse, et, comme la circulation est en même temps accélérée, l'excrétion des produits de la mutation intra-organique et l'oxydation dans le tissu cérébral sont facilitées. Il faut recommander les bains généraux ou les bains de pieds à la moutarde, ensuite les sinapismes couvrant de grandes surfaces de la peau. Buch (*Arch. f. Psych.*, XII, fasc. 1) vante aussi les vertus du Baunscheidtisme.

[1] Robertson, *Brit. med. Journ.*, 1873, oct. — Mickle, *Journ. of ment. science*, 1873, juillet. — Rigot, *Annal. med. psychol.*, 1874, sept., *Irrenfreund*, 1874, 9. — Dagonet, *Traité*, p. 599.

[2] Comparez Winternitz, *Hydrotherapie*, t. II, 2e section, p. 445.

Médicaments. — On attribue une action spasmodique sur les vaisseaux à la nicotine, à l'hyosciamine, à la noix vomique, à la belladone, à la quinine, au plomb, à la caféine, aux préparations de brome, à l'opium et à la morphine à petites doses, ainsi qu'au seigle ergoté et à ses préparations.

Parmi tous ces moyens, le plus important et le plus remarquable est le seigle ergoté[1] en infusion, mieux encore en extrait aqueux sous forme d'ergotine préparée par la méthode de Bonjean, de Wernich ou de Bombelon, ce qui permet l'usage de la méthode sous-cutanée.

B. — Moyens pour aider l'afflux du sang au cerveau

1° *En augmentant l'activité du cœur.* — Les spiritueux et les analeptiques exercent une action directe de ce genre. Comme les premiers favorisent en même temps la nutrition du cerveau et le sommeil, que de plus ils ralentissent la mutation intraorganique, ils sont à juste titre très employés dans les états de faiblesse psychique fonctionnelle et dans les états d'épuisement. Dans les cas ordinaires et quand il s'agit d'amener d'une manière constante plus de sang au cerveau, le bon vin vieux, la bière, les boissons alcooliques chaudes (grog, punch au vin, etc) suffisent. Quand l'action du cœur est très affaiblie et quand la circulation est très abaissée, il vaut mieux donner du thé, du café, du cognac, des éthers, de l'alcool éthylique (comp. Obermeyer, *Arch. f. Psych.*, IV). Dans le collapsus, s'il y a menace de syncope, les injections sous-cutanées d'éther sulfurique ou de camphre (1 p. 10 d'huile d'olives) ont un effet excellent.

2° *Par la dilatation des voies vasculaires.* — α) *Hydrothérapie.* — Les compresses chaudes sur la tête, les bonnets remplis d'eau chaude, les frictions courtes et froides, les douches d'un quart à trois quarts de minute, les demi-bains frais pendant trois à quatre minutes (Winternitz).

β) *Médicaments.* — On attribue une action vaso-dilatatrice à l'éther, au chloroforme, à l'opium et à la morphine à grosses doses, surtout à l'azotite d'amyle[2] qui est en même temps un excitant du cœur. Il n'agit que par inhalation et non par la voie gastrique.

3° *En facilitant l'afflux du sang au cerveau.* — On répond le mieux à cette indication en prescrivant au malade le repos ou une position basse de la tête, moyen excellent pour tous les états dus à l'inanition et qui souvent amène un apaisement plus prompt que tous les narcotiques. La réalisation stricte de cette indication est difficile chez les malades agités et peureux. Avec de la patience on arrive souvent au but; le malade se rassure et obéit. Un lit en fer sans oreiller rend la chose plus facile.

[1] Yeats, *Med. Times and Gaz.*, 1872. — Van Andel, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 32. — Brown, *Corr. Bl. f. Psych.*, 1876. 6, 7. — Schlangenhausen, *Psych. Centralbl.*, 1877, 2. — Toselli, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 36, p. 90. — Solivetti, *Archiv. italian*, 1831, fasc. 1.

[2] Pick, *Monographie*, 2e éd., Berlin, 1877. — Hösterman, *Wien. med. Wochenschrift*, 1872, 46-48. — Otto, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31, fasc. 4. — Berger, *Ibid.*, 31, fasc. 6. — Schramm, *Arch. f. Psych.*, V, fasc. 2.

C. — Procédés pour calmer et abaisser l'agitation et l'irritabilité accentuées

1. — *Calmants généraux.*

α) *Narcotiques.* — Dans la thérapeutique des psychoses, les narcotiques jouent à juste titre un rôle très important, en tant qu'ils contrebalancent l'excitation psychique et l'hyperesthésie et qu'ils provoquent le sommeil.

Opium[1]. — Parmi ces moyens, l'opium avec ses préparations diverses (opium pur, laudanum, extrait aqueux d'opium) est un des plus importants.

On l'emploie de façon pratique et utile en injections sous-cutanées sous forme d'extrait aqueux (1 p. 20), puis en lavements ou en suppositoires.

L'usage interne est moins recommandable et, quand il est nécessaire, il faut donner l'extrait aqueux en combinaison avec des toniques, des amers ou du vin d'Espagne.

Voici les effets de l'opium :

1° Il est calmant, abaisse l'hyperesthésie psychique et l'angoisse précordiale. Par là il agit souvent comme hypnotique en même temps ;

2° Il excite les nerfs vaso-moteurs et par là rétrécit les vaisseaux;

3° Il a une action trophique sur le système nerveux central, il facilite par conséquent la nutrition.

L'effet accessoire qui produit la constipation et la diminution des sécrétions, disparaît avec un emploi de longue durée; son action paralytique sur le cœur qui amène une hyperhémie veineuse dans le cerveau et dans les poumons, existe, il est vrai, dans les tentatives d'empoisonnement, mais elle ne vient pas en ligne de compte quand il s'agit des doses médicinales habituelles.

On n'a pas observé d'effets préjudiciables par suite du traitement par l'opium chez les aliénés, pourvu que ce traitement soit indiqué.

Les états fluxionnaires du cerveau eux-mêmes, quand ils sont de nature névro-paralytique, ne sont pas une contre-indication du traitement opiacé; par contre, ce moyen paraît dangereux dans tous les états d'hyperhémie veineuse.

Les anémiques, les hystériques et les hypocondriaques réagissent avec une intensité particulière aux opiacés, mais il existe rarement une idiosyncrasie telle qu'elle fasse échouer le traitement.

Comme effet local de la thérapeutique opiacée sous-cutanée, il se produit

[1] Engelken, *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 3, fasc. 3; 41, fasc. 1, p. 89. — Michéa, *Gaz. med.*, 1853, 4, 8, 10. — Marcé, *Gaz. des Hôpit.* — Legrand du Saulle, *Ann. méd. psych.*, 1669. — L. Meyer, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 16. — Tigges, *Ibid.*, 21. — Nasse, *Ibid.*, 32. — Kontny, *Preuss. Ver. Zeitg.*, 1862. 42. — Erlenmeyer, *Archiv. der deutschen Gesellschaf f. Psych.*, III, 1 et 2. — Focke, *Ibid.*, IV, 1. — Ziehen, *Therapeut. Monatshefte*, 1889. février, mars.

souvent des abcès, mais qui guérissent avec une rapidité étonnante (effets trophiques locaux de l'opium ?).

L'opium est d'une valeur inappréciable dans les cas de mélancolie au début. Il agit directement contre l'hyperesthésie psychique et se montre particulièrement utile contre les idées obsédantes et l'angoisse précordiale.

A l'apogée de la mélancolie aussi, quand c'est une mélancolie active qui s'accompagne d'angoisse précordiale, l'opium est un remède indiqué.

Son effet est excellent dans les psychoses alcooliques aiguës (mélancolie, manie, folie de la persécution) et dans le delirium tremens, puis dans la manie avec hyperesthésie psychique et dans la manie irritable, c'est-à-dire dans la folie furieuse avec émotions coléreuses.

Dans tous les autres cas de manie, de même que dans la mélancolie passive, il paraît inefficace sinon directement nuisible.

L'opium peut être employé par la voie interne ou sous-cutanée. Pour l'usage interne on peut employer la poudre d'opium, le laudanum et l'extrait aqueux ; pour l'usage sous-cutané, ce dernier seulement.

La solution d'extrait aqueux se conserve mieux si l'on y ajoute de petites quantités de glycérine. Tel est aussi le cas pour les solutions de morphine. De plus la solution doit être souvent renouvelée ou du moins fréquemment filtrée. Alors on n'aura guère à craindre les abcès à l'endroit de l'injection. L'injection cause une douleur modérée. On obtient l'effet calmant et psychiquement anesthésiant de l'opium quand on arrive aux doses moyennes de 0,1 à 0,2 données deux fois par jour. Ordinairement cela suffit et l'on s'en tiendra là. Parfois, il est vrai, on est forcé de monter jusqu'à la dose de 0,5 donnée deux fois par jour. Quand l'apogée de la maladie est passée, il faut progressivement diminuer la dose (traitement progressif). Il ne faut jamais cesser brusquement l'usage de l'opium. Il est facile de s'en désaccoutumer. On n'a jamais observé de phénomènes semblables à ceux du morphinisme, tout au plus de la lassitude et de la paresse intellectuelle. Les doses minima et éloignées ne valent rien dans le traitement par l'opium. Dose initiale : 0,03, deux fois par jour, avec progression aussi rapide que possible.

Morphine[1]. — La morphine produit en général les effets de l'opium, sauf son action trophique, de sorte que dans tous les cas où l'on a le choix entre les deux, et quand la nutrition est abaissée, c'est l'opium qui mérite la préférence. Les effets vaso-moteurs et calmants de la morphine sont encore plus prononcés que ceux de l'opium.

Les petites doses (0,01 à 0,03) agissent en excitant les vaisseaux, de plus grandes (0,03 à 0,06) en les paralysant.

L'effet local et généralement sédatif est obtenu par des doses de 0,01 à 0,1.

[1] Reissner, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 24. — Hergt, *Ibid.*, 33. — Reiner, *Ibid.*, 30 — Schüle, *Die Dysphrenia neuralgica*, 1867, et *Handb.* p. 636.— Wolff, *Arch. f. Psych.*, II, p. 601. — Knecht, *Ib.* III, p. 3. — Witkowsky, *Die Morphiumwirkung*, 1877 (avec littérature). — Gscheidlen, *Würtzb. physiol. Untersuchungen*, III.— Salomon: *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31, p. 653.

L'auteur de ce livre emploie exclusivement des solutions d'un sel de morphine (ou l'extrait d'opium) dans 10 parties d'eau distillée additionnée de 2 parties de glycérine.

Au début du traitement l'action émétique du médicament est gênante. La position horizontale, le café noir, l'adjonction de petites quantités d'atropine, en triomphent bientôt.

Avec la méthode sous-cutanée il se produit parfois des incidents fâcheux ou immédiatement après l'injection ou une à deux heures après. Dans le premier cas, ces phénomènes ne dépendent pas de la dose, ni de l'injection dans une veine, mais probablement de la piqûre ou (quand la solution est acidulée) de l'irritation chimique d'un nerf cutané et de la paralysie réflexe des centres nerveux dans la moelle allongée qui en peut résulter (arrêt du cœur et de la respiration). Une paralysie vasculaire de la peau (partant comme un éclair de l'endroit où l'on a fait l'injection) peut précéder ou constituer tout l'accès (paralysie vaso-motrice). Dans ces cas, la respiration artificielle, les stimulants, entre autres l'excitation électrique des nerfs phréniques, sont nécessaires.

Dans le deuxième cas il s'agit d'un véritable empoisonnement qu'on doit combattre par une injection d'atropine, par la respiration artificielle, par les stimulants, éventuellement par une saignée.

La morphine n'a jamais d'effets cumulatifs. Au bout de quelques heures son effet est terminé. Quand on en use plusieurs mois et à grosses doses, elle devient un besoin pour le système nerveux central. Il se développe alors la morphinomanie.

La méthode sous-cutanée est la plus usitée et la meilleure dans les psychoses. Elle est indiquée :

1° Dans les états mélancoliques avec symptômes névralgiques ou vaso-parétiques, à cause de son effet sédatif local et général et de son action vasculaire excitante ;

2° Dans la paranoïa avec hyperesthésies, sensations névralgiques et idées délirantes dépendant de ces dernières (délire de persécution physique) ; dans les hallucinations avec hyperesthésies ou provenant d'hyperesthésies des centres acoustiques, et surtout dans la paranoïa hallucinatoire;

3° Dans la folie furieuse irritable, dans la manie violente où la grande irritabilité trouve continuellement des stimulants dans le monde extérieur, ce qui provoque des rechutes et retarde la convalescence, enfin dans les émotions coléreuses des imbéciles. La morphine agit ici en abaissant l'irritabilite psychique qui s'est effectuée ;

4° Dans les états d'excitation intercurrents (fluxionnaires, maniaques) des paralytiques, accompagnés de paralysie vasculaire. Ici sont indiquées les doses qui excitent les vaisseaux et allant jusqu'à 0,03 ;

5° Comme calmant, dans les états d'excitation intercurrents des formes chroniques qui pour la plupart sont causés par des fluxions, des hallucinations, des émotions ;

6° Dans les états d'excitation circulaires et maniaques, revenant périodiquement et accompagnés de phénomènes prodromiques (pouls petit,

accéléré, tendu). Ici de grosses doses sont nécessaires pour enrayer le mal.

L'emploi de la morphine n'est pas recommandable quand il y a marasme, tendance au collapsus, quand il y a des lésions des valvules non compensées, cœur gras, dans la manie à son apogée et à forme expansive.

Les autres alcaloïdes de l'opium, la narcéine[1] introduite dans la thérapeutique par Claude Bernard, ainsi que la papavérine[2] recommandée par Leidesdorf et autres, ne sont pas indispensables et, abstraction faite de leur prix plus élevé, ils ont moins d'action que la morphine.

On devrait cependant faire une exception pour la codéine[3] qui, d'après mes observations, peut souvent remplacer l'opium et qui, en outre, offre l'avantage de ne produire ni constipation ni abasourdissement. Sa valeur narcotique est environ au tiers de celle de la morphine. Pour l'emploi interne on recommande la codéine muriatique (en pilules ou en mixture : codéine muriatique, 0,3 ; eau distillée, 130 ; sirop de menthe, 20 ; — une petite cuillerée jusqu'à dix fois par jour) ; pour l'usage sous cutané on emploie la codéine phosphorée soluble dans quatre parties d'eau.

Le stamonium recommandé par Michéa (*Gaz. méd. de Paris*, 1853, 31, 32) la ciguë (Crichton Browne, *Lancet*, 1872), l'acide cyanhydrique (Mc Lead, *Med. Times and Gaz.*, 1863, mars), le chloroforme, n'ont point justifié les espérances qu'on avait fondées sur eux.

Les préparations de belladone aussi le cèdent comme efficacité aux opiacés ; pourtant (Schüle, *Handb.*, 2e édit., p. 638), les mélancolies graves avec émotions d'angoisse instinctives paraissent parfois céder au traitement par l'extrait de belladone continué pendant une période prolongée. Dans la plupart des cas cependant on emploie en même temps l'opium, car, en général, et mes observations le confirment, la combinaison de l'opium avec la belladone se montre utile dans certains cas graves et spéciaux de mélancolie.

Préparations de brome[4]. — Parmi les conquêtes les plus importantes dans le domaine de la thérapeutique des maladies nerveuses, il faut compter les sels de brome.

Ils doivent leur importance à leur action déprimante sur l'activité cérébrale et notamment à ce qu'ils abaissent l'irritabilité réflexe du système nerveux central.

Par suite de leur action particulière sur l'organe central, leur emploi est indiqué dans les cas où l'irritabilité est accentuée d'une manière anormale, notamment dans l'appareil réflexe.

Les sels de brome doivent être employés spécialement dans les psychoses

[1] Reissner, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 24.

[2] Leidesdorf et Breslauer, *Vierteljahrsschr. f. Psych.*, 1868, p. 403. — Stark, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 26, p. 121. — Hoffmann, *Wiener. med. Jahrb.*, XX, p. 207. — Kelp, *Arch. f. Psych.*, II, fasc. 1, p. 177.

[3] Dornblüth, *Therapeut. Monatshefte*, 1889, août. — Rheiner, *Ibid.*, septembre.

[4] Drouet, *Ann. méd. psych.*, 1873, nov. (résultats non satisfaisants). — Stark, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31. — Leidesdorff, *Allg. Wiener. med. Ztg.*, 1871.

occasionnées par des excitations des organes périphériques (utérus) et qui doivent être considérées comme des psychoses réflexes, irradiées. Dans cette catégorie rentrent les mélancolies constitutionnelles avec hyperesthésie spinale, les formes de la paranoïa sexuelle au moment de la ménopause et hors de cette période, de même que le délire de persécution physique basé sur des sensations. Le brome doit encore être utilisé dans la folie périodique accompagnée d'états d'excitation dans le système des nerfs génitaux, de même dans la manie avec excitation sexuelle, car il a une action antiaphrodisiaque. C'est enfin un narcotique pour beaucoup de malades quand on le donne à la dose de 4 à 6 grammes.

Parmi les maladies nerveuses, c'est surtout dans celles qui présentent une accentuation de l'irritabilité réflexe spinale ou cérébrale, comme l'épilepsie, la chorée major et minor et certains états d'hystérie, que le bromure de potassium est utile.

La dose minima pour les adultes, pour amener un résultat, doit aller à 6 grammes. Dans la plupart des cas on peut sans préjudice et temporairement aller jusqu'à 10 grammes par jour; comme dose maxima on pourrait fixer 15 grammes. Comme les femmes réagissent sous l'influence de ce médicament d'une manière plus intense que les hommes, on doit pour elles admettre une dose quotidienne de 4 à 8 grammes.

Les préparations de brome ont été d'une efficacité toute particulière en face de l'épilepsie[1], et non seulement dans les cas récents produits par voie réflexe, mais aussi dans les cas anciens et idiopathiques.

Le Piscidia erythrina qui, dès 1844, a été recommandé comme somnifère par Hamilton, paraît avoir une action analogue à celle du brome, du moins comme sédatif. De même que le brome, ce médicament (brome végétal) paraît abaisser d'une manière considérable l'irritabilité et l'agitation psychique et cérébrale. Dose : 2 à 3 cuillerées à café d'extrait fluide. Pas d'effets secondaires désagréables.

Le piscidia peut être pris facilement délayé dans de l'eau avec adjonction de sirop de menthe. Combiné aux préparations de brome, il paraît particulièrement utile.

Hyoscine[2]. — C'est peut-être un des calmants les plus puissants. Il paralyse passagèrement l'écorce cérébrale, provoque un relâchement de l'innervation, de la titubation, du balbutiement, de la somnolence, et amène souvent un sommeil durant de six à huit heures.

Comme sel acide il se prête à l'usage interne (jusqu'à 0,003) et sous-cutané (0,0005 jusqu'à 0,001). Employé passagèrement, c'est un bienfait pour le malade aussi bien que pour le personnel qui le soigne, car il établit la tranquillité chez les excités ayant la manie de salir et de détruire, dans les cas de manie périodique, d'excitation épileptique et paralytique, de manie alcoolique grave, de démence agitée.

[1] Otto, *Arch. f. Psych*, V, fasc. 1. — Frigerio, *Ueber subcut. Injekt. v. Bromkali bei Epilepsie*, Pesaro, 1876.

[2] Litterature; V. *Therapeut. Monatshefte*, 1889, août, p. 369.

Comme l'hyoscine abaisse la nutrition, elle n'est pas à recommander pour les cas curables, sauf quand il s'agit de rendre possible le transport des fous furieux.

Chez les malades incurables on devrait aussi ne l'appliquer que temporairement.

Duboisine[1]. — Supérieure à l'hyoscine comme action et beaucoup moins dangereuse, la duboisine a été introduite par Ostermayer dans la psychiatrie.

C'est un puissant sédatif qui agit souvent en même temps comme narcotique.

Son emploi est en général indiqué dans les mêmes cas que l'hyoscine. Pris par la bouche, elle n'agit que très peu. Par la voie sous-cutanée elle produit son effet au bout d'une demi-heure. Souvent une dose sous-cutanée de 0,0008 à 0,001 suffit. On ne devra jamais dépasser 0,002. Dans ces limites elle n'influence pas essentiellement ni le pouls, ni la respiration, ni la température. L'effet cumulatif ne paraît pas se produire.

II. — *Calmants physiques et diététiques*

Outre le repos au lit, l'isolement temporaire du malade, l'éloignement des excitations vives des sens, il faut songer ici en première ligne à certains calmants hydrothérapiques.

α) *Bains tièdes de 25 à 27° R.* — Non seulement ils raniment et stimulent les processus physico-chimiques dans l'organisme, produisent une dérivation par la dilatation des vaisseaux cutanées, facilitent la résorption, abaissent le pouls et la chaleur du corps, mais encore ils calment parce qu'ils excitent d'une manière uniforme les nerfs de la peau et par là provoquent le sommeil.

Ordinairement on les prescrit pour une durée d'une demi-heure à une heure. Quand il y a en même temps fluxion, il faut appliquer simultanément avec le bain des compresses froides sur la tête.

On a étendu ce mode de thérapeutique par les bains prolongés[2] d'environ 28° R. que Brierre a introduits et fait durer de dix à douze et même quatorze heures. En même temps la tête du malade est arrosée avec de l'eau à environ 15°.

Brierre les a trouvés efficaces dans les manies récentes chez les mélancoliques, notamment chez les alcooliques, et dans les manies puerpérales.

Leur emploi est tout à fait déplacé en cas d'anémie ou d'épuisement général ; dans tous les cas, il faut, si on les emploie, donner une nourri-

[1] Ostermayer, *Zeitschr. f. Psych.*, p. 178. — Preininger, *Ibid.*, 48. p. 134. — Gellhorn. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1891. 30. — Lewald, *Neurolog. Centralbl.*, 1890, 19. — Belmondo, *Rivista di freniatria*, 18, fasc. 1.

[2] Brierre, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1846. 15 sept. — Pinel, *Ibid.*. 1852. 2. nov. — Baillarger, *Ibid.*, 1854. mars. — Türk, *Ann. méd. psych.*, 1853, p. 685. — Brocard, *Thèse de Paris*. 1859. — Laehr. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34.

ture tonique au malade. Les maniaques doivent être surveillés pendant le bain prolongé, car ils s'y livrent facilement à la masturbation.

Les douches, les bains en pluie, comme on les emploie souvent dans les établissements hydrothérapiques, doivent être déconseillés dans les psychoses, car ils ont pour effet de soustraire trop de chaleur au corps et d'exciter les malades; les douches causent aussi un ébranlement mécanique; voilà pourquoi ces moyens hydrothérapiques sont nuisibles.

Un bon calmant qui agit souvent comme hypnotique, ce sont les enveloppements par le système Priessnitz, d'une durée d'une à plusieurs heures [1], et qu'on recommande à nouveau depuis quelque temps.

β). *Hypnotiques* [2]. — Le traitement de l'insomnie, si fréquente chez les aliénés et si nuisible au point de vue psychique et physique, est très difficile. Il doit toujours être individuel et viser l'éloignement des causes qui ont amené l'agrypnie. Mais ces causes sont multiples et pas toujours faciles à reconnaître.

Chez nombre de malades, les états d'inanition cérébrale, l'anémie cérébrale sont cause du manque de sommeil. C'est précisément dans ce cas qu'il faut chercher à tout prix à obtenir du sommeil. Il faut alors le repos au lit, une nourriture abondante avec des spiritueux. La bière (Wittich), un bon vin vieux, le vin chaud, le punch au vin, les liqueurs fortes, amènent souvent dans ce cas un effet hypnotique suffisant. Si ces hypnotiques plutôt diététiques ne suffisent pas, on essaie de la paraldéhyde et même du chloral. Dans les états d'épuisement psychique graves, les injections de camphre peuvent aussi donner quelques succès.

La morphine et l'opium restent habituellement sans effet chez les malades très anémiques. Parfois alors ces moyens combinés avec la quinine, par la méthode sous-cutanée, ont un certain succès. L'auteur de ce livre fait dissoudre 0,25 de sel de morphine dans 5 grammes de glycérine et 1 gramme de bisulfate de quinine dans 15 grammes d'eau distillée; mélanger ces deux solutions et filtrer le mélange. Une seringue à injections contient 0,0125 de morphine et 0,05 de quinine.

L'insomnie due à une intoxication cède ordinairement quand la substance toxique est éliminée. Les antidotes (strychnine dans l'alcoolisme) sont d'une grande valeur. Les états asthéniques avec insomnie, conséquences des abus alcooliques, cèdent ordinairement à l'opium.

Le choix des moyens hypnotiques est plus difficile dans les psychoses organiques (délire aigu, démence paralytique) où il faut se demander si la

[1] Svetlin (Leidesdorf, *Psych. Studien*, 1877) vante la valeur des enveloppements dans des draps trempés dans de l'eau à 18-20° (une heure à deux heures) pour combattre l'agitation des maniaques. Il prétend même avoir coupé au début des manies périodiques, avoir diminué l'intensité de l'excitation par l'abaissement de la température et de la fréquence du pouls. Ce qui est très précieux, c'est l'effet hypnotique qui ne manque jamais. On doit commencer par des enveloppements durant deux heures à deux heures et demie et continuer jusqu'à ce que le sommeil devienne plus court et moins profond. Dans ce cas il faut abréger la durée de l'enveloppement. V. *Roechling Dissert*, Bonn, 1876, *Wirkung nasser Einwiklungen bei mit Stupor behafteten Melancholischen*.

[2] Wittich, *Archiv. f. Psych.*, VI, fasc. 2. — Schüle, *Handb*, 2e édit. p. 656. — V. Krafft *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1890, nos 2 et 3.

fluxion, les troubles dans l'élimination des produits de décomposition de la mutation intraorganique, l'excitation cérébrale, la douleur, etc., n'empêchent pas le sommeil. Dans les états fluxionnaires du cerveau conviennent surtout les bains tièdes avec compresses, la digitale, les injections d'ergotine. Dans le cas d'excitation cérébrale, de petites doses de morphine (méthode sous-cutanée : 0,01 à 0,015) sont salutaires.

Dans les psychoses fonctionnelles l'insomnie peut être causée par une série de processus amenant un trouble psychique ou somatique.

Les processus psychiques les plus importants sont l'hyperesthésie psychique de certaines zones d'images mentales pénibles, souvent avec le caractère d'idées obsédantes, les émotions surtout, les états d'angoisse. Ici les anesthésiques et les calmants psychiques sont indiqués : opium, morphine, notamment par la méthode sous-cutanée; ensuite sulfonal, hydrate d'amylène, sels de brome et piscidia.

En présence des délires et des illusions des sens comme éléments d'excitation psychique, cette thérapeutique ne donne que peu de chose.

Parmi les causes somatiques importantes et excitantes sont les névralgies, les paralgies (acide salicylique, salol, antipyrine, phénacétine, exalgine, morphine, surtout par la méthode sous-cutanée, sont à recommander); ensuite les palpitations, les sensations pulsatiles par hyperesthésie des nerfs vaso-moteurs, les sentiments d'anxiété (contre lesquels les bains tièdes, la ceinture de Priessnitz, la valériane, l'eau de laurier-cerise, le camphre monobromé en suppositoires, le brome, le piscidia, peuvent être employés avec utilité); souvent l'excitation de la sphère sexuelle est une cause d'insomnie. Quand la cause est cérébrale (libido sexualis augmenté) le brome à grosses doses doit être employé, de même dans le cas d'excitation périphérique, mais dans ce dernier cas on peut éventuellement y ajouter l'emploi des bains de siège frais et des antiaphrodisiaques.

Souvent on n'arrive pas à établir ces indications précises et il ne reste plus qu'à exercer une action directement narcotisante sur l'écorce cérébrale. La valeur des moyens qui sont à notre disposition (hydrate de chloral, hydrate amylique, paraldéhyde, etc.) est très inégale. Quelques-uns offrent des inconvénients non sans gravité quand on les emploie pendant longtemps ; c'est pour cette raison, mais aussi parce que les moyens les plus héroïques deviennent souvent inefficaces après quelque temps d'usage, qu'il est nécessaire de les varier fréquemment.

Le narcotique souverain est encore et toujours l'hydrate de chloral. Si on l'emploie passagèrement, il produit d'excellents résultats. Mais c'est un poison du cœur et, quand on l'emploie pendant longtemps, même à doses médicinales (3 grammes), il amène une intoxication chronique (vaso-parésie, anémie, œdème, tendance aux hémorragies, décubitus, abrutissement intellectuel, etc.). Ce moyen est contre-indiqué quand il y a cœur gras, lésions des valvules, athérome. L'hydrate de chloral est surtout utile dans les états cérébraux asthéniques, dans les phénomènes de crampe vasculaire et d'anémie cérébrale. Il n'a que rarement un effet excitant. L'adjonction de la morphine augmente l'efficacité du chloral. Ses doses

moyennes sont de 2 à 3 grammes. Au delà de 4 grammes il est dangereux et peut amener la mort par paralysie du cœur. Il faut donner l'hydrate de chloral par la voie interne ou en lavement. Le chloral de croton ou de butyl paraît moins compromettre le cœur, mais il est inférieur à l'hydrate. L'alcoolat est essentiellement égal à ce dernier en ce qui concerne l'efficacité et préférable à cause de son goût moins désagréable. Les préparations de chloral plus modernes (amide de chloral, uréthane de chloral, etc.) présentent en général les avantages et les inconvénients de l'hydrate de chloral, mais lui sont inférieures. Le chlorhydrate d'ammoniaque se décompose vite et n'est pas utilisable dans la pratique.

Des observateurs français (*Annal. méd. psychol.*, 1886, juillet) recommandent la strychnine par la voie sous-cutanée comme le meilleur antidote de l'intoxication par le chloral. La belladone aussi serait utile dans ce cas.

La paraldéhyde est inférieure au chloral comme efficacité, mais elle a l'avantage de pouvoir être donnée à doses médicinales (8 grammes) pendant longtemps, sans qu'elle manque jamais son effet. De plus, elle n'a pas de conséquences nuisibles. Elle n'agit que rarement comme excitant. La paraldéhyde est un hypnotique très précieux dans les états d'inanition, puis dans les psychoses à base hystérique ou neurasthénique. Si elle ne produit plus d'effet, il paraît préférable de la cesser pendant quelque temps, plutôt que d'en augmenter la dose. Ce qui est toujours gênant, c'est son odeur et son goût désagréables, et aussi l'haleine paraldéhydique du malade.

Le meilleur correctif, pour moi, est la teinture d'orange. Le mélange se prend relativement facilement dans de l'eau sucrée. L'usage en lavement. en la délayant dans l'eau, est bon aussi. Comme le médicament n'a pas une action déprimante sur le cœur, on peut l'employer sans inconvénient dans le cas de cœur gras, d'affections du cœur, etc.

Les troubles gastriques ne sont pas un obstacle, car la digestion n'en est pas troublée. L'appétit n'en souffre pas non plus. Le sommeil paraldéhydique ressemble au sommeil naturel, et dure quatre à six heures.

L'hydrate d'amylène tient le milieu entre le chloral et la paraldéhyde. La dose est de 4 à 6 grammes ; le meilleur correctif est le cognac.

Sulfonal. — Ce nouveau narcotique paraît être une conquête précieuse pour la médecine mentale, car c'est un médicament qui, comparé au chloral, est inoffensif, surtout parce qu'il n'abaisse pas la pression sanguine et qu'il manque rarement son effet. De plus, quand il est pur, il a l'avantage inappréciable d'être sans goût ni odeur ; voilà pourquoi on peut le mêler aux aliments sans que le malade s'en aperçoive. La plupart des malades s'endorment à la dose de 1,5 à 2 grammes, au bout de une à deux heures, et dorment six à huit heures. Même avec l'emploi continu, le sulfonal manque rarement son effet. Dans tous les cas, l'usage prolongé, même à la dose de 2 grammes, est inoffensif. Il est sans aucun effet sur l'agrypnie due à une douleur physique. J'ai appris à l'apprécier aussi comme calmant à doses divisées ($0^{gr},5$, plusieurs fois par jour), surtout

dans les cas de mélancolie, comme succédané de l'opium et de la codéine. Le trional, qui se donne aux mêmes doses, paraît avoir un effet analogue.

On a déjà parlé de l'effet hypnotique de l'opium, de la morphine et de l'hyoscine. Je considère le cannabis comme sans valeur dans les psychoses, quand même on le donnerait aux doses de 0gr,5 et plus. Le cannabis est un médicament douteux et non sans dangers.

L'uréthane, même à la dose de 4 grammes, ne donne guère de succès, d'après ce que j'ai pu observer personnellement.

Le brome et le piscidia ne sont pas des hypnotiques directs ; il sont indirects en ce sens qu'ils réagissent contre l'hyperesthésie psychique et sensorielle et qu'ils écartent par là les excitations somatiques et psychiques qui empêchent le sommeil.

Avant d'avoir recours aux hypnotiques énergiques, on ne devrait jamais oublier d'essayer tout d'abord des calmants physiques (bains tièdes, enveloppements par le système de Priessnitz, bandages aux jarrets, courants galvaniques à travers la tête). Des cas légers d'agrypnie peuvent disparaître avec une infusion de valériane froide, avec le valérianate de quinine (0gr,01).

γ). *Antiaphrodisiaques.* — Un symptôme très fréquent et très gênant dans les maladies psychiques, c'est l'excitation de la sphère sexuelle avec la masturbation qui en résulte souvent. Ordinairement, l'excitation sexuelle est produite par voie centrale. La matière médicale indique de nombreux antiaphrodisiaques, mais leur succès est en général minime.

On peut utiliser d'abord les préparations de brome, puis la belladone, le lupulin, le camphre et la teinture de veratrum viride. L'acide salicylique aussi paraît produire, après un usage prolongé, une baisse du désir sexuel.

Dans les cas d'hyperesthésie sexuelle (éréthisme sexuel), l'azotate de soude, à doses quotidiennes de 2 à 4 grammes, que recommandait récemment Hammond, n'est pas sans valeur.

La masturbation est une complication fâcheuse et mérite l'attention du médecin. Avec les médicaments seuls on ne peut pas faire grand'chose contre cette tendance. Parfois, notamment chez les femmes, elle est causée par des excitations périphériques dues aux oxyures, au vaginisme, à la leucorrhée, au prurit. A côté d'un traitement local bien choisi, où il est bon d'appliquer avec un pinceau de la teinture de cocaïne, des suppositoires calmants peuvent produire quelque effet. En général, les moyens les plus importants seront les moyens diététiques (ablutions froides, frictions, bains de siège, fatigue par un travail physique, abstention des plats épicés, de vin fort, etc.), en même temps qu'une surveillance minutieuse du malade et un traitement psychique adapté à la situation.

D. — Toniques

Des indications bien variées résultent dans les psychoses de l'appauvrissement du sang et de la faiblesse physique, qu'ils soient les causes de la maladie ou qu'ils n'en soient qu'une complication. La principale chose ici,

c'est la bonne cuisine, la bonne cave et le bon air, le tout combiné avec les remèdes physiques. Parmi ces derniers, au premier rang viennent l'hydrothérapie et la faradisation générale[1] introduite dans la pratique par Beard et Rockwell.

Par l'hydrothérapie, on obtient un effet tonique par les cures excitantes d'eau froide, c'est-à-dire par leur action passagère à basse température ; on les combine avec une excitation mécanique (Winternitz), sous forme de bains en pluie, d'une demi-heure à trois quarts d'heure, de demi-bains frais de 24 à 20° R., avec un arrosage vigoureux et une friction durant quatre à cinq minutes, ablutions avec de l'eau de 20° à 10°, suivies de vigoureuses frictions, enfin frictions avec le drap humide, de 23° à 16°. Ces procédés peuvent être exécutés même dans les cas d'inanition, d'anémie, de chaleur du corps sous-normale, quand on fait la friction après avoir enveloppé le corps pendant un quart d'heure ou une demi-heure dans des couvertures de laine et qu'alors seul l'excédent de chaleur est atténué.

La faradisation générale peut être recommandée comme un tonique de premier ordre. Elle n'est pas douloureuse quand on l'emploie avec une technique parfaite et peut être appliquée même aux personnes allitées. Une bouteille remplie d'eau chaude, munie d'un pôle qui est relié avec le pôle négatif de l'appareil d'induction, et appliquée aux pieds, est d'un usage très pratique.

Il y a des indications importantes aussi pour les préparations de quinine et de fer, de même que pour l'action tonique de l'ergotine et de la noix vomique recommandée par O. Müller, dès 1867.

E. — Diététique somatique

Dans l'aliénation mentale chronique, la diète[2] doit être tonique, et non pas privative. L'air frais, la propreté la plus scrupuleuse sont des exigences des plus naturelles. Le genre de vie dans son ensemble doit être réglé, et, à cet effet, il y a un règlement spécial dans les asiles. La majorité des malades (surtout les anémiques) ont un grand besoin de se réchauffer. Pour beaucoup d'entre eux, le repos au lit est une prescription très importante.

Elle s'impose dans toutes les psychoses offrant des symptômes d'anémie cérébrale et de marasme, et chez tous les malades qui refusent de prendre de la nourriture, car le repos au lit a ici une action calmante et fortifiante, parce que l'afflux du sang au cerveau est facilité, le travail musculaire diminué et les pertes de chaleur réduites.

Souvent l'état et l'attitude des malades opposent de grandes difficultés à l'accomplissement de ces exigences hygiéniques de propreté, de chaleur, de repos et d'alimentation.

[1] Beard et Rockwell, *Prakt. Abhandlung über die Verwendung der Elektricität*. Traduction allemande de Väter. Prague, 1874. — Fischer, *Arch. f. Psych.*, XII, fasc. 3.

[2] Fränkel, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 36, fasc. 1. — V. Gellhorn, *Ibid.*, 36, fasc. 6.

Un grand nombre d'entre eux sont excessivement malpropres, se barbouillent avec leurs excréments, leur salive et leur urine, ou du moins les laissent couler sous eux. Ce symptôme très fâcheux pour l'hygiène demande un traitement individuel [1]. Pendant les états d'excitation on ne peut pas réagir beaucoup contre cette tendance. Il faut alors se borner à soigner ces malades, pendant la durée de leur agitation, dans une section spéciale de la maison bien ventilée, avec de bons appareils de chauffage, de l'eau en abondance, des murs cimentés, des planchers imperméables, des lits construits exprès, avec des matelas en trois pièces. Chez les malades qui se barbouillent, mais qui sont tranquilles, on peut souvent combattre cette habitude fâcheuse en provoquant des selles régulières à l'aide de lavements.

Chez certains malades à demi paralysés la malpropreté est la suite d'un relâchement des sphincters et l'on peut parfois remédier à cette faiblesse d'innervation par l'emploi de la noix vomique qui augmente le tonus réflexe.

Chez les mélancoliques et les hypocondriaques l'incontinence est parfois la conséquence d'une hyperesthésie de la muqueuse rectale. Le sphincter ani se dilate alors sous l'influence de la moindre excitation. Dagonet recommande dans ce cas l'emploi de la belladone.

Le chauffage suffisant des chambres des malades dépend de leur disposition architecturale. Mais beaucoup de malades se débarrassent continuellement de leurs vêtements, les déchirent parfois. Par là l'inventaire de l'asile subit des pertes graves et le malade court risque de preudre froid. Les vêtements faits d'une pièce, d'une étoffe difficilement déchirable et avec une fermeture non accessible au malade, gants de cuir avec des boucles fermées, souliers avec des appareils de fermeture, évitent souvent ces incidents fâcheux.

Quand ces moyens ne suffisent pas, il faut tenir le malade dans une cellule chaude et lui donner, s'il ne tolère pas de vêtement, un tas de varech ou du crin de cheval pour se couvrir.

La tranquillité du malade au lit ne peut parfois être obtenue qu'à l'aide de moyens de contrainte mécanique [2] (camisole de force ou de protection).

On a fait une guerre à ces moyens et on a eu raison, car autrefois on en a abusé.

La contrainte mécanique paraît indispensable dans certains cas où le repos au lit est nécessaire et qu'on ne peut y décider le malade que par la force ; tel est le cas des malades agités, mais décrépits, qui autrement périraient d'épuisement. Quand il y a des blessures graves, des affections des

[1] Dagonet, *Traité*, p. 616. — Schüle (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37, p. 669) attribue la malpropreté : 1° à l'abasourdissement psychique et à l'insuffisance motrice (imbécillité et états d'épuisement psychique); 2° à l'impulsion motrice réflexe (manie); 3° à des représentations délirantes (paranoïques, mélancoliques); et il donne des conseils thérapeutiques.

[2] Canolly, *Traitement des aliénés sous contrainte mécanique*, traduit en allemand par Brosius. 1860. — Dick, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 13, p. 354. — Smith, *Med. Times*, 1867, déc. — Hamilton Labatt, *Essay on the use and abuse of restraint*, Dublin, 1867. — Dagonet, *Traité*. p. 625. — Laehr, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 36, p. 598. — Schäfer, *ibid.*, p. 623. — Westphal, *Ibid.*, p. 640. — Schüle, *Handb.*, p. 643.

yeux, il faut encore recourir à la coercition afin de protéger le malade et l'empêcher d'atteindre les parties lésées. Bien entendu c'est le médecin qui doit décider s'il y a lieu d'employer la coercition mécanique. On doit surveiller soigneusement, chez la plupart des aliénés, les selles et la sécrétion urinaire, étant donné que certains troubles de la conscience, des idées délirantes de même que certains troubles d'innervation empêchent l'accomplissement régulier de ces fonctions.

Suivant l'indication générale de ne faire aucune intervention affaiblissante, il faut éviter les drastiques dans le cas de constipation et essayer d'activer les selles au moyen de lavements simples ou de suppositoires à la glycérine, au moyen des eaux minérales naturelles ou artificielles. Si ces moyens ne suffisent pas, on essaiera le séné, la rhubarbe, le nerprun, l'huile de ricin, l'extrait fluide de cascara sagrada. Pour certains malades qui souffrent d'une constipation grave et qu'on ne peut décider à prendre un médicament, nous recommandons l'emploi du calomel (0,5) en une seule dose, qu'on peut facilement donner dans du lait.

Dans certaines psychoses accompagnées de stupeur, la respiration est incomplète. Le courant faradique peut produire un effet précieux pour combattre les dangers qui résultent d'une respiration très abaissée.

F. — Traitement des symptômes isolés importants

1° *Refus de nourriture* [1]. — Une complication fâcheuse peut résulter de la résistance positive du malade contre la prise de toute nourriture : le refus de nourriture. Pour la combattre avec succès, il est nécessaire, avant tout, d'en connaître la cause. Elle peut avoir pour cause aussi bien des troubles somatiques (catarrhe gastrique, angine, coprostase) que des phénomènes psychiques (idées délirantes, hallucinations, etc.).

Il faut toujours dans ce cas faire un traitement individuel. Chaque fois qu'il y a refus de nourriture, il faut tout d'abord faire coucher le malade pour que la dépense de chaleur et de forces musculaires soit diminuée. On aura soin de tenir propre la cavité buccale en la lavant avec du chlorate de potasse ou de l'acide salicylique.

Le moment d'une intervention active nécessaire dépend de l'état des forces du malade.

Quand il y a repos au lit, que l'état de la nutrition est bon, quand la bouche est bien rincée et que le malade prend au moins de l'eau, on peut différer la nourriture par force jusqu'au sixième ou huitième jour.

Si les lavements nutritifs [2], l'ingestion d'aliments liquides par une

[1] Neumann, *Lehrb.* p. 205. — Jessen, *Wien. med. Wochenschr.*, XI, 43, 44. — Leidesdorf, *Ibid.*, XVI, 44-46, *Irrenfreund*, 1870. — Williams, *Journ. of ment. science*, 1864. — Moxey, *The Lancet*, I, 22. — Stiff, *Ibid.*, III (nutrition par le nez). — Sutherland, *Brit. med. Journ.*, 1872, mai; *Annal. méd. psych.*, 1874, sept. — Richarz et Oebeke, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 30. — Eickolt, *Ibid.*, 37, p. 162. — Siemens, *Archiv. f. Psych.*, XIV.

[2] Manière de préparer une bonne peptone de viande. V. *Zeitschr. f. Psych.*, 83; Suppl. p. 66.

brèche des dents et l'emploi de la tasse à bec n'arrivent pas au but, il faut procéder à l'introduction de la nourriture par force.

On peut l'exécuter sans difficulté grâce aux tuyaux en caoutchouc mou vulcanisé qui depuis quelque temps sont devenus un article de commerce ; on introduit à l'aide d'une seringue en caoutchouc durci ou d'un entonnoir les aliments par le nez.

Avant d'introduire la nourriture, il faut s'assurer que la sonde a réellement pénétré dans l'estomac et qu'elle n'est pas courbée dans le pharynx ou dans la cavité buccale ou même qu'elle n'a pas pénétré dans les voies aériennes. La toux, des accès de suffocation, d'angoisse, la cyanose, les bruits d'inspiration et ceux d'expiration (les bruits que cause l'air de l'estomac passant à travers la sonde ne sont qu'expiratoires) indiquent que cet accident fâcheux s'est produit.

Kräpelin indique comme un moyen sûr de reconnaître ce danger, l'auscultation de l'estomac pendant qu'on insuffle de l'air à travers la sonde.

Les aliments liquides (lait, œufs, bouillon, huile de foie de morue, vin, etc.) qu'on emploie, doivent être passés à travers un tamis afin de ne rien contenir qui puisse boucher la sonde. Le liquide, allant directement à l'estomac sans être refroidi dans la cavité buccale, doit être donné tiède.

Pendant l'alimentation forcée il faut maintenir la bouche et le pharynx libres de tout liquide. Si, en versant quelques gouttes de liquide, on s'est assuré que l'œsophage est libre, il faut terminer le plus rapidement possible. En général, il suffit de faire deux fois par jour cette sorte de gavage. Chez les malades qui ont refusé les aliments pendant longtemps et dont, par conséquent, l'estomac supporte peu, il faut donner très peu pour la première fois et un aliment non excitant (du lait avec des œufs), autrement l'aliment serait rendu par vomissement. S'il y a tendance aux vomissements, il faut auparavant donner au malade quelques gouttes de chloroforme.

S'il régurgite en quantité, si le liquide s'accumule dans le pharynx, il faut vite enlever la sonde.

L'alimentation forcée est parfois le seul moyen de sauver la vie du malade. Elle ne doit pas être appliquée trop tôt, mais pas trop tard non plus.

Elle présente le danger que des parties d'aliments ou de mucus pharyngien peuvent pénétrer dans les voies aériennes et par là provoquer des pneumonies lobulaires, ou même une gangrène du poumon.

2° *Angoisse précordiale.* — La première exigence qui résulte de ce symptôme, c'est de surveiller sans cesse le malade qui à chaque moment peut faire des tentatives contre sa propre personne ou commettre des actes de destruction contre le monde extérieur. Dans les cas légers, il suffit de prescrire des bains tièdes, des sinapismes dans le creux de l'estomac, de l'eau de laurier cerise, de l'extrait de belladone. Les malades anémiques et dont la nutrition est très abaissée, doivent être maintenus au lit.

Dans les cas graves, les opiacés soulagent. Quand le pouls est petit, déprimé, sans fréquence, on les prescrit en combinaison convenable avec

de l'éther acétique; quand le pouls est fréquent et l'action du cœur accentuée, on les donne combinés avec de la teinture de digitale. L'opium paraît très efficace en injections sous-cutanées (précordiales), notamment quand des névralgies, des paralgies marchent de pair avec le sentiment d'anxiété (injection ad locum dolentem).

L'hydrate de chloral aussi peut couper les accès d'angoisse précordiale, notamment chez les masturbateurs et chez les neurasthéniques en général.

3° *Hallucinations.* — Michéa et d'autres médecins plus anciens recommandaient la teinture de stramonium contre les hallucinations.

Les modernes, connaissant la signification et l'origine variées des hallucinations, ont renoncé à l'espoir de trouver un spécifique.

La partie psychique des hallucinations n'est accessible à aucun traitement direct et la lutte qu'on entreprend contre elles est la même que celle qu'on entreprend contre les autres phénomènes psychiques.

Contre les hallucinations auditives allant avec une hyperesthésie sensorielle, on pourrait essayer les courants constants qui ont un effet calmant et anélectrotonisant. Dans ces conditions (hallucinations mobiles avec éréthisme), j'ai obtenu un résultat favorable avec un traitement méthodique par la morphine.

Ici la lumière et le son ne sont pas sans influence.

Certains malades ont plus de visions dans l'obscurité (delirium tremens).

Les hallucinés de l'ouïe entendent souvent plus de voix quand ils sont isolés. Ces faits doivent être pris en considération, cependant ils ne suffisent pas pour permettre d'établir des règles générales. Les hallucinations localisées à une oreille ou à un œil, si jamais ce sont des hallucinations, doivent faire songer à une origine périphérique dans les nerfs sensitifs et provoquer un examen ophtalmoscopique ou otoscopique qui, selon les circonstances, peut fournir des indications pour le traitement.

II. — Traitement psychique[1].

Le traitement psychique est d'une importance non moins grande que le traitement somatique; de plus son domaine est encore plus vaste que celui du premier. Ici il ne s'agit plus de drogues que le médecin fait venir de chez le pharmacien, mais de moyens qu'il puise en lui-même et qu'il applique soit selon ses procédés personnels, soit conformément au règlement de l'établissement qu'il dirige.

La clinique psychiatrique a pour mission d'éclairer cette partie importante de la science et de l'homilétique médicales.

Elle fait nécessairement partie de l'instruction du médecin et porte des fruits abondants même au chevet du malade purement somatique; car ce

[1] Obersteiner, *Vierteljahrsschr. f. Psych.*, 1868, fasc. 3 et 4, p. 347. — Stahl, *Irrenfreund*, 1872, 10. — Hagen, *Studien*, 1870, *Journ. of ment. science*, 1874. — Comparez : Jastrowitz, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 36, p. 602. — Schüle, *Handb.*, p. 656.

n'est pas le diagnostic juste et l'ordonnance qui font le médecin, cela dépend beaucoup aussi de sa manière de procéder à l'égard du malade et de l'impression personnelle qu'il fait sur lui.

Les succès réels des médecins à miracles, des pèlerinages, des images de la Vierge, des sources saintes, des conjurations, etc., montrent la puissance de la foi et de la confiance en la médecine psychique.

La science du diagnostic et le savoir-faire thérapeutique de deux médecins sont souvent égaux chez l'un et chez l'autre, et pourtant les résultats sont différents parce que la méthode de traitement psychique n'est pas la même.

Certains médecins la possèdent grâce à un heureux don naturel et la pratiquent instinctivement; les plus grands médecins ont toujours été ceux qui avec une science approfondie ont employé le traitement psychique d'une manière consciente et selon les principes empruntés à l'expérience.

Il paraît presque impossible de donner des règles de conduite quand un individu entre en rapport intellectuel avec un autre individu et qu'il lui faut exercer une action psychique. Ces règles peuvent se borner à quelques points de vue généraux en face de certaines phases morbides et devenir comme tels l'objet d'une étude.

Le cas concret se dérobe aux préceptes généraux; car la materia medica psychique est inépuisable, et dans tel cas un regard, un mot bien placé, en d'autres occasions la satisfaction d'un désir, le fait d'accorder une prise de tabac, etc., exercent une influence salutaire,

C'est précisément cette tâche individualisante qui rend le problème intéressant, mais aussi bien difficile. C'est là presque toute la difficulté de l'art thérapeutique en psychiatrie, art qu'on peut apprendre mais qu'on ne peut guère enseigner méthodiquement.

Le traitement psychique des aliénés doit considérer bien distinctement deux phases dans la maladie : d'une part, la période de développement et d'apogée, et d'autre part la terminaison de la maladie soit par la guérison, soit par la déchéance psychique.

A la période de développement et d'apogée de la maladie le traitement psychique a une mission presque exclusivement négative, c'est d'éloigner les causes psychiques : tentatives de distraction, de ravivement des sentiments, influences religieuses ou même menaces et exorcismes.

Toutes ces interventions ne peuvent que nuire, car elles agitent ou aigrissent le malade.

La condition fondamentale de toute thérapeutique psychique dans ces stades de la maladie, c'est de mettre le malade dans un état psychique aussi tranquille que possible.

Le mélancolique a besoin de cette tranquillité, car il ne recueille que des impressions douloureuses de tous les faits psychiques, même de ceux qui ordinairement ont un caractère agréable; le maniaque en a besoin parce qu'autrement son excitation cérébrale déjà élevée s'accentuerait encore davantage; enfin l'épuisé, parce que toute intervention psychique l'atteint et l'épuise davantage.

La mesure la plus insensée, c'est de vouloir par la persuasion faire renoncer le malade à ses idées délirantes. Ce sont les symptômes d'une maladie cérébrale qui en sont la cause; ils se maintiennent et disparaissent avec elle. Là il n'y a pas de dialectique ni de raisonnement logique qui tiennent. Le mieux est de rester passif en face de ces idées, de n'y pas faire attention, de détourner la conversation sur un autre sujet et éviter tout ce qui pourrait réveiller ces idées dans la conscience du malade. Il faut autant que possible l'isoler avec ses idées délirantes.

Mais ce serait une faute directe si l'on abordait directement les idées délirantes, si on les approuvait et les consolidait par cette approbation.

Dans beaucoup de cas le traitement purement passif qui se borne à écarter les influences psychiques ne suffit pas.

Le malade a besoin d'un isolement absolu. Souvent il suffit, pour l'isoler contre les excitations nuisibles du monde extérieur, de l'interner dans l'asile qui a un règlement basé sur les conditions de la diététique physique et psychique. Le malade est enlevé aux railleries des gens brutaux, aux influences irrationnelles de ses amis et de sa famille, aux agitations de la vie sociale, familiale et de cabaret, aux influences dangereuses et inopportunes de la religion : il est d'un seul coup placé dans une situation nouvelle et adéquate, dans l'isolement. Mais l'asile d'aliénés possède encore un autre remède important et radical, l'isolement complet du monde extérieur en enfermant le malade dans une chambre d'isolement.

Souvent on a recours à la cellule d'isolement pour des raisons administratives : le malade étant dangereux pour lui-même et pour son entourage, il se barbouille, rage, etc.; mais il ne faut pas oublier que la cellule est un des moyens les plus précieux d'apaisement et de guérison entre les mains du médecin, mais seulement du médecin très expérimenté, car elle peut aussi être très nuisible au malade si on l'applique à un moment inopportun, ou pendant trop longtemps, ou contrairement aux indications de la maladie.

Son emploi est indiqué dans les états accentués d'hyperesthésie psychique ou sensorielle, d'irritabilité excessive du malade qui lui rend impossible tout contact avec le monde extérieur, contact même qui le met dans un état d'agitation continuelle, enfin dans la mélancolie active, quand elle est à son apogée, et dans la manie.

L'isolement dans le sens le plus large et dans la mesure de son application plus ou moins rigoureuse, doit toujours être réglé sur l'état d'excitation et d'irritabilité du malade.

A l'apogée de la maladie et quand l'hyperesthésie des organes des sens est très accentuée, la cellule doit être protégée contre les rayons du jour et ne doit être éclairée la nuit que d'une lumière faible. Par des dispositions convenables il faut assourdir les bruits venant de l'entourage. (Il est évident que les rangées de cellules de furieux, comme on en trouve souvent dans les sections dites des furieux dans les asiles, ne peuvent servir qu'à la détention mais jamais à la guérison.)

Il faut dans ce cas limiter autant que possible les rapports du per-

sonnel du service sanitaire avec le malade. Si l'agitation diminue, il est tout indiqué d'atténuer graduellement et d'une manière utile les rigueurs de l'isolement : ainsi on fait pénétrer la lumière du jour, on entre plus fréquemment en rapport avec le malade, on lui permet une lecture facile ou un petit travail manuel, on le place dans une chambre ordinaire que pendant quelque temps il occupe seul, on supprime temporairement l'isolement en le faisant promener avec un gardien, en lui permettant de communiquer avec les autres malades et les employés de la maison.

Enfin l'isolement que l'asile exerce par lui-même est relâché encore davantage en permettant au malade de reprendre ses rapports et ses correspondances avec le monde extérieur, de recevoir la visite de ses amis, plus tard même celle de sa famille, de visiter les environs de l'asile, les lieux de distraction qui s'y trouvent, etc.

Au déclin de la maladie, quand celle-ci va avoir un dénouement bon ou mauvais, un rôle actif revient à la thérapeutique psychique.

C'est là que se montre toute la science du médecin psychiatre pour bien pénétrer l'individualité du malade, le diriger et lui faire reprendre son ancienne personnalité intellectuelle ou au moins sauver les épaves de son naufrage intellectuel.

Chez un grand nombre de malades, l'ancienne individualité intellectuelle se rétablit promptement et spontanément, avec une tendance à l'amélioration ; un asile bien organisé, avec sa bibliothèque, ses salons de musique, de jeu, ses cultures, ses parcs, ses ateliers, etc., n'a qu'à mettre à leur disposition tous ces moyens et à en surveiller le sage usage.

Mais chez beaucoup de malades, arrivés à la crise de leur maladie, une intervention positive est nécessaire pour les délivrer de la contrariété habituelle dans laquelle la maladie a enserré leur mécanisme intellectuel.

Ici il faut ébranler les restes des idées délirantes, non pas par la logique ou par la dialectique, mais par un badinage amical et par encouragement. Les surprises produites par des lettres ou la visite de parents que le malade croyait morts, etc,, contribuent souvent à dissiper ses derniers doutes. Un des meilleurs moyens pour aider le malade à se ressaisir et se débarrasser des résidus de sa maladie, c'est un travail conforme à son ancienne profession ou condition, notamment les travaux dans le jardin et dans les champs qui en même temps fortifient aussi son état physique. Parfois on est obligé de recourir à une douce violence, même de faire une éducation pénible au moyen de récompenses et de petites punitions pour reconstituer presque de toutes pièces la personnalité psychique. Même quand le dénoument est défavorable et que la faiblesse psychique se produit, la thérapeutique psychique a un vaste champ.

Il s'agit alors de sauver ce qui peut encore être sauvé et de préserver le malade d'une déchéance plus profonde. Le principal moyen c'est d'occuper le malade et de lui faire prendre des habitudes d'ordre et de propreté.

Nombre de malheureux qui, abandonnés à eux-mêmes, périraient dans la

crasse et dans l'idiotisme, sont maintenus par la vie de l'asile à un niveau intellectuel tolérable et qui les met dans la possibilité d'utiliser encore les restes de leurs facultés intellectuelles. Parfois les idées délirantes de grandeur (être empereur, etc.) empêchent ces malades de s'occuper à un travail ou du moins donnent à leurs manières un caractère insensé de nature à troubler leur entourage. Chez ces malades incurables, il peut être bon parfois de réprimer les idées délirantes qui les guident et de les décider à ne pas agir selon leur illusion.

Leuret en a fait un traitement moral et croyait guérir ces malades par l'intimidation. Il ne s'agissait plus d'une cure mais d'un dressage psychique qui cependant peut avoir sa valeur et pour le malade et pour son entourage. Les moyens les plus commodes pour les discipliner sont le pinceau faradique et la douche en pluie.

Traitement par la suggestion hypnotique[1]

En présence du manque de succès de la suggestion à l'état de veille chez les aliénés et comme la thérapeutique hypnotique a eu souvent une action excellente dans les névroses, il était tout indiqué d'appliquer aussi aux aliénés ce moyen, un des plus énergiques dont la thérapeutique psychique dispose.

En effet ce serait un résultat immense si on pouvait par son autorité diriger les sentiments, les pensées, les tendances de ces malades, ou écarter par suggestion des symptômes importuns et dangereux, comme les hallucinations, les idées délirantes. Tout médecin versé dans la psychiatrie et l'hypnotisme aura dès le premier abord des doutes sur la possibilité d'un pareil résultat : 1° parce que les aliénés ne sont qu'exceptionnellement dans cet état intellectuel d'attention, d'ingénuité, de calme moral et de force de volonté qui est nécessaire en général pour la réussite de l'hypnose ; 2° parce que beaucoup de maladies psychiques sont causées par des altérations organiques du cerveau et que le traitement suggestif ne peut supprimer que des troubles fonctionnels ; 3° parce que certains symptômes, comme bien des idées délirantes et des hallucinations, sont sinon la conséquence démontrée de changements organiques mais la conséquence de phénomènes si compliqués et si solidement établis dans le mécanisme psychique qu'ils ne paraissent guère attaquables par la suggestion et que le choix des suggestions à diriger contre eux serait excessivement difficile.

Théoriquement il en résulte que l'hypothèse d'un succès par traitement hypnotique ne peut être espérée que dans les psychoses fonctionnelles (psychonévroses), et encore essentiellement chez les malades qui ont conscience de leur maladie et chez lesquels l'aptitude psychologique à l'hypnose existe.

En général ce traitement serait applicable aux simples troubles de la vie

[1] V. Krafft, *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1891, n° 43 (avec indications de littérature).

morale, troubles des formes de la représentation (images mentales), spécialement aux images mentales obsédantes, aux idées délirantes quand ce sont seulement des idées fausses produites par auto-suggestion et que ce ne sont ni des délires primordiaux ni des idées explicatives de mélancoliques ; enfin contre les instincts morbides acquis. Conformément à la terminologie psychiatrique en usage ce serait donc : la mélancolie sine delirio, l'armée des neuropsychoses, spécialement l'hystérie, l'hypocondrie, la neurasthénie, la psychose à forme d'idées obsédantes, l'alcoolisme, le cocaïnisme, le chloralisme, le morphinisme, le nicotinisme, l'impotence psychique, l'inversion sexuelle.

En général les succès ont répondu aux suppositions et aux indications théoriques.

D'après mes expériences personnelles et celles des autres, sont accessibles au traitement non seulement les états d'esprit morbides, les émotions, les sentiments, les instincts morbides, même les conceptions morbides et les illusions des sens, mais aussi les troubles physiques, comme l'agrypnie, l'anorexie, la constipation, les névralgies.

Des succès ont été obtenus par les observateurs de tous les pays dans la mélancolie sine delirio, la folie alcoolique et hystérique, en général dans les psychoses hystériques, les intoxications chroniques, notamment l'alcoolisme et le morphinisme. Ce qui est particulièrement remarquable, ce sont les résultats de la thérapeutique hypnotique en face de la dipsomanie, de l'inversion sexuelle (V. Schrenk-Notzing). La folie du doute aussi se laisse souvent influencer dans un sens favorable. Au point de vue symptomatique, les instincts morbides, surtout sexuels, alcooliques, l'appétit de la morphine, de la cocaïne, sont attaquables par un traitement suggestif.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT PENDANT LA CONVALESCENCE

Dans la période de convalescence le malade a encore bien besoin des soins du médecin. Le mode de rétablissement somatique et intellectuel doit être surveillé ; il faut tenir compte des avertissements discrets donnés par la maladie qu'on vient de traverser ; il faut achever la cure des troubles négatifs qui n'ont pas encore tout à fait disparu (anémie, maladies utérines, etc.), et qui sont très importants.

Souvent l'insomnie persiste encore pendant un long laps de temps et exige de la surveillance et des ordonnances médicales appropriées.

Il suffit de rappeler simplement à ce propos que l'affaiblissement et l'épuisement physiques, comme c'est le cas après les maladies graves, ne doivent pas être traités par les stimulants, mais seulement par la diététique.

Le convalescent est encore faible au physique, très sensible au moral ; et pourtant il a déjà la nostalgie de sa carrière et de sa famille.

Il s'agit alors de temporiser. Les visites prématurées de la famille doivent être empêchées, car ordinairement elles enlèvent trop tôt le malade au traitement médical et par là elles font craindre les rechutes.

Les renvois prématurés sont toujours dangereux, notamment quand le malade à peine guéri retrouve chez lui la vieille misère, souvent même la raillerie, la méfiance et un traitement sans tendresse.

Chaque convalescent devrait être maintenu quelque temps en quarantaine avant de quitter l'asile et ne devrait essayer que graduellement sa capacité au travail.

Dans certains cas rares, chez certains individus à l'esprit borné, irritables et tourmentés par la nostalgie, une longue détention à l'asile est dangereuse[1].

Il faut alors de deux maux choisir le moindre et accorder le renvoi pour prévenir une rechute qui pourrait se produire à l'asile même.

Toutes les fois que les conditions le permettent, le malade guéri, avant de

[1] Sur l'utilité du renvoi avant le temps, voir *Irrenfreund* 1871, 2, 1871, 5, 6. — Taguet, *Annal. méd. psychol.*, 1879, sept.

reprendre son ancienne carrière, devrait traverser une période intermédiaire en prenant séjour dans une famille amie, ou à la campagne, ou en faisant un voyage.

A cette mesure on peut rattacher des prescriptions médicales, telles que bains de mer, cure thermale, station climatérique, etc.

LIVRE III

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALES DE LA FOLIE

INTRODUCTION

CLASSIFICATION DES PSYCHOSES. — FORMES DE LA FOLIE[1]

La pathologie spéciale de la folie est basée sur la classification et le groupement des types morbides individuellement si différents et si confus en leur immense variété ; cette classification doit être faite d'après des données uniformes.

Le besoin d'une bonne classification des maladies psychiques s'est fait sentir dès la première heure et a produit de nombreuses tentatives de groupement dont aucune n'a pu recevoir une approbation générale et absolue.

Malgré toutes les difficultés d'un pareil essai, on ne peut pas y renoncer, d'abord dans l'intérêt de la science, puis pour que l'auteur et le lecteur se comprennent.

Reste à savoir sur quelles bases on devrait, étant donné l'état actuel de la psychiatrie, entreprendre cet essai.

Il y a en pathologie trois modes de classification : anatomique, d'après les altérations anatomiques qui sont la base des maladies ; étiologique, d'après les causes spéciales qui amènent ces altérations anatomiques; clinique et fonctionnelle, d'après la forme particulière des troubles des fonctions produits par le processus morbide.

On ne peut guère songer à une classification anatomique des psychoses. Nous connaissons trop peu les lésions dont les phénomènes de la folie sont l'expression, et encore moins leurs différences anatomiques.

Toutefois de la masse des psychoses qui, d'après nos recherches et nos idées modernes, se présentent comme des maladies cérébrales purement fonctionnelles, on peut détacher un groupe dans lequel les constatations anatomo-pathologiques ne manquent jamais. Quand ces constatations sont identiques pour certains groupes de symptômes, on peut remplacer la dési-

[1] Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 249. — Kahlbaum, *Die Gruppirung der psychischen Krankheiten*, Dantzig, 1863. — Le même, dans le *Sammlung klinischer Vorträge de Volkmann*, n° 126. — Schüle, *Handb*, 2e éd., p. 326. — Meynert, *Allg. Wien. med. Zeitg.*, 1880, 3, 4, 6, 8.

gnation clinique du tableau morbide par une dénomination anatomique, ou du moins on peut placer celle-ci à côté de celle-là.

Ces maladies cérébrales avec troubles psychiques prédominants dans le sens restreint du mot ou psychoses organiques (le contraire des psychoses fonctionnelles) forment une transition entre la psychiatrie spéciale et la pathologie cérébrale dont elle n'est d'ailleurs séparée que pour des raisons de pratique, et par la prédominance des troubles psychiques. Mais ces troubles ne sont pas indépendants comme dans les psychoses (sensu strictiori), ils dépendent absolument de l'intensité et de l'extension du processus anatomique (Schüle). Voilà pourquoi ils ne suivent pas le mode de développement psychologique ni la marche des psychoses ordinaires ; ils représentent des séries de symptômes d'une affection accessoire de l'organe psychique due à un processus cérébral. Comme ce processus est ordinairement progressif, il se produit un trouble de plus en plus accentué de l'organe psychique, trouble qu'il n'est plus possible de faire disparaître (démence), sauf quand, avant que les choses en arrivent là, l'extension du processus anatomique aux centres vitaux amène un dénouement fatal.

Comme ce processus s'étend au delà des zones de l'écorce cérébrale et affecte les centres et les trajets intracorticaux, le tableau de la maladie ne se borne pas à des phénomènes psychiques et psycho-moteurs, mais il présente comme équivalents et combinés avec ceux-ci des troubles des fonctions motrices, sensorielles et vaso-motrices. Comme types morbides avec lésions cérébrales appréciables, on peut citer : le delirium acutum, la paralysie générale chronique des aliénés, la syphilis cérébrale comme maladie diffuse de l'écorce, la démence sénile.

Le principe de la classification étiologique semble promettre plus si on admet qu'une maladie mentale produite par des causes déterminées doit présenter des particularités symptomatiques spéciales et une marche particulière qui permettront de retrouver avec certitude l'élément étiologique.

Malheureusement cette hypothèse, qu'une cause scientifique donne des caractères spécifiques au tableau clinique, n'a pas été admise dans la pratique dans une mesure aussi large que cela serait nécessaire pour pouvoir utiliser d'une façon générale cette maxime.

L'aliénation est, sauf de rares exceptions, l'effet du concours de causes multiples et il est difficile de faire une appréciation spéciale pour chacune d'elles; leur mode d'action n'est pas toujours clair, leur expression clinique admet de nombreuses interprétations et est obscurcie encore par des effets interférents.

Tout en rendant hommage aux efforts faits par Morel, Skae, Clouston, Kahlbaum et autres, il faut pour le moment renoncer à l'idée de faire une classification étiologique des maladies mentales, bien que, dans l'appréciation clinique des cas isolés, on doive toujours tenir compte de la question étiologique.

On s'attendrait en vain à voir une cause déterminée, comme une lésion de la tête, la syphilis, une maladie utérine, quand même elle agirait seule,

produire, conformément à la différence pathogénique et à la différence de la localisation, un tableau clinique particulier pour la marche de la maladie et le détail des symptômes. On peut cependant admettre que certains éléments étiologiques d'une signification particulière, tels que l'hérédité, les conditions constitutionnelles, les matières toxiques, donnent un cachet commun aux symptômes et à la marche de tout le groupe clinique malgré leurs différences [1].

Si cette supposition est juste, il paraît juste aussi et utile de faire entrer en jeu le facteur étiologique pour la sélection de quelques grands groupes de maladies mentales; dans une certaine mesure la pathogénie, la marche et les symptômes permettront de conclure que ces maladies ont une base constitutionnelle toute particulière.

En effet, il y a une différence fondamentale entre la production d'un trouble psychique dans un cerveau bien constitué, sain et fonctionnant d'une manière normale, et entre l'apparition d'une maladie mentale dans un cerveau atteint de tare héréditaire ou défavorablement influencé par une cause quelconque, fonctionnant d'une manière anormale, étant en un mot dans un état d'infériorité.

Ce fait a été déjà apprécié par Morel avec toute l'importance qu'il mérite; il a été de nouveau relevé par Schüle; cela nous oblige à séparer bien distinctement et soigneusement les psychoses cérébrales en deux groupes selon qu'il y a présence ou absence d'une tare, facteur si important au point de vue étiologique.

Pour désigner les troubles psychiques dont les individus à cerveau sain sont atteints, nous choisirons le mot de psychonévroses, et ceux qui se développent dans un cerveau taré, le terme de dégénérescences psychiques.

On n'a guère besoin de rappeler que ces deux grands groupes ne sont point diamétralement opposés, mais que, comme partout dans la vie organique, il y a aussi entre eux des transitions.

Ainsi, par exemple, on peut parfaitement douter si un individu né d'ascendants psychiquement malades, mais ayant été lui-même normal jusqu'au moment de sa maladie, doit être classé dans l'un ou l'autre groupe.

Ensuite un cerveau bien doué et bien organisé peut acquérir une constitution dégénérative à la suite d'un trauma capitis ou d'une autre influence préjudiciable (ivrognerie, excès sexuels, etc.) et par suite une psychose due à une cause occasionnelle peut revêtir un caractère dégénératif.

Ce n'est pas seulement le phénomène étiologique qui motive la séparation, mais ce sont aussi certaines particularités dans l'origine, la marche et le groupement des symptômes sur lesquels s'appuie le diagnostic différentiel. Morel connaissait ces particularités cliniques de la folie dégé-

[1] C'est un phénomène analogue à l'importance qu'ont les conditions constitutionnelles dans l'origine et le développement des processus morbides somatiques. Une pleurésie, par exemple, chez un tuberculeux ou un prédisposé à la tuberculose, a une autre signification et une autre forme (empyème, tuberculisation) que chez un individu qui n'a pas de prédisposition pour cette maladie.

nérative, mais il les a exclusivement attribuées à la maladie héréditaire dégénérative. Cette manière de voir a besoin d'être élargie, car la dégénérescence héréditaire n'est qu'un côté, bien entendu fort important, de la folie dégénérative en général, qui cependant peut provenir aussi d'une dégénérescence acquise (trauma, maladies cérébrales, anomalies de développement, etc.).

Les signes différentiels étiologiques et cliniques entre les psychonévroses et les dégénérescences psychiques, telles que je les ai, depuis des années, établies à ma clinique, d'une manière un peu dogmatique, mais dans un but d'enseignement, sont les suivantes :

I. — Psychonévroses	II. — Dégénérescences psychiques
1. Maladies parasitaires et accidentellement acquises chez des individus dont les fonctions cérébrales étaient jusque-là normales et dont la maladie n'était pas à prévoir.	1. Maladies constitutionnelles, c'est-à-dire préparées par la constitution tout entière des individus qui, dès leur jeunesse, ont présenté une constitution névro-psychopathique, chez qui le système nerveux central et les fonctions ont toujours été en équilibre instable et faisaient craindre la perte de cet équilibre.
2. Maladie due à une prédisposition temporaire (par exemple maladie physique grave et causes occasionnelles puissantes coïncidant). Les prédispositions héréditaires ne sont pas impossibles, mais n'existent qu'à l'état latent. Le cerveau est seulement plus facile à affecter, mais normal dans ses fonctions.	2. Causes accidentelles insignifiantes, même des phénomènes physiologiques (puberté, menstrues, puerpérium, ménopause) suffisent. La maladie est causée surtout par des prédispositions pathologiques pour la plupart héréditaires, ou bien elle s'est produite sous l'influence continue de lésions (trauma capitis, maladies cérébrales aiguës, etc.) qui ont atteint le cerveau, qui était le plus souvent encore en voie de développement. Ici il y a aussi souvent maladie psychique comme dernier terme d'une série d'états névropathiques qui deviennent de plus en plus graves et intenses (neurasthénie, hystérie, hypocondrie, épilepsie).
3. Tendance à la guérison de la maladie et rareté des récidives.	3. Tendance minime à la guérison. Le plus souvent il n'y a qu'un retour temporaire au statu quo ante. Grande tendance aux récidives et au développement de maladies de plus en plus graves.
4. Peu de tendance à la transmission par hérédité aux descendants, et, quand cela a lieu, la transmission se fait sous forme bénigne (psychonévrose).	4. Grande tendance à la transmission par hérédité sous forme de maladies progressives graves aux descendants (dégénérescence héréditaire progressive).
5. Marche typique des formes cliniques. Manie se développant ordinairement après un stade précurseur mélancolique ; les états secondaires apparaissent comme le dénouement des états primaires. Le ta-	5. Toutes les formes des psychonévroses sont ici possibles, mais alors elles apparaissent pour la plupart avec une forme organique grave. La marche est incalculable ; variation bizarre et irrégulière ; formes les plus différentes en même temps qu'absence de motifs ; caractère subit de certaines séries de symptômes ; syndromes d'une durée éphémère, en outre les tableaux cliniques ne sont pas purs, mais présentent souvent un

bleau clinique, quand il apparaît comme un syndrome, a une certaine durée et une certaine indépendance. La marche totale de la maladie est assez limitée quant au temps et mène ou à la guérison ou à l'imbécillité.	mélange des formes les plus différentes. Toute la maladie a donc un caractère protéiforme et il est impossible de la classer d'après le principe de la classification physico-psychologique. La marche est chronique et s'étend à tout le reste de la vie ; mais elle persévère en restant à un certain degré de développement et n'arrive point ou tard à l'imbécillité complète. Dans d'autres cas de dégénérescences progressives graves, il y a par contre un déclin intellectuel rapide.
6. Aucune tendance à la périodicité des accès et des séries de symptômes.	6. Grande tendance à la périodicité; la folie périodique est un phénomène dégénératif.
7. Maladie et santé sont très distinctement séparées chronologiquement et sont l'opposé l'une de l'autre.	7. Souvent transition imperceptible d'un état de prédisposition pathologique à une maladie réelle. Mélange curieux de lucidité et de folie à l'apogée de la maladie, au point que le malade peut même reconnaître sa maladie.

On ne peut pas chercher à établir d'après l'étiologie de nouvelles subdivisions dans ces deux groupes principaux de la folie du cerveau adulte, car dans les psychonévroses le phénomène étiologique ne joue pas un rôle déterminant pour la production des symptômes et pour leur marche; quant aux dégénérescences psychiques, le facteur étiologique ne donne, du moins d'après l'état de nos connaissances actuelles, que certains caractères cliniques au groupe, sans cependant permettre une autre différenciation de la dégénérescence selon les facteurs étiologiques. Tel est spécialement le cas pour la folie héréditaire qui, il est vrai, se manifeste de préférence sous certaines formes (folie morale, périodique, succédant aux névroses constitutionnelles, idées obsédantes), mais ne les présente pas exclusivement.

Pour procéder à une classification plus détaillée des psychonévroses, il nous reste à appliquer le principe clinique et fonctionnel, le seul possible dans cette circonstance. Il faut utiliser en première ligne pour la classification le mode de groupement des symptômes, le développement de ces états typiques, ayant un cours déterminé et représentant un processus morbide systématique dans le mécanisme psychique.

Sous le rapport de la marche, on peut distinguer des états primaires et des états secondaires succédant aux premiers.

Cette distinction est justifiée aussi au point de vue du pronostic, car la possibilité de la guérison n'existe, en général, que dans les états primaires.

Dans la sphère des troubles primaires on peut encore distinguer selon l'état des fonctions troublées :

α). Des états où l'accomplissement des fonctions psychiques est devenu difficile et même est arrêté, et quand il existe en même temps un sentiment douloureux allant jusqu'à la micromanie comme motif de l'arrêt et de la dépression. La participation des sphères sensorielles centrales (hallucinations, illusions) est une chose secondaire. Tous les degrés de trouble de la conscience sont possibles (mélancolie).

Dans la sphère de la mélancolie on peut distinguer :

1° Une forme légère, quand il n'y a pas de trouble profond de la conscience et que les processus d'entrave psycho-motrice sont amenés par voie psychique (mélancolie simple).

2° Une forme grave, quand il y a un trouble plus profond de la conscience et que les processus d'entrave ont pour la plupart une cause organique (tétanie, catalepsie). Mélancolie avec stupeur.

β). Des états où les fonctions psychiques s'accomplissent plus facilement, même avec une certaine allure dégagée; où il y a en même temps des conceptions personnelles gaies allant jusqu'au délire des grandeurs comme motivation des anomalies du mouvement psychique et de l'état d'esprit. La participation de la sphère sensorielle centrale n'a qu'une importance secondaire. Tous les degrés du trouble de la conscience sont ici possibles. Manie.

Ici encore on peut distinguer de même que dans la mélancolie :

1° Une forme légère, quand il n'y a pas de trouble profond de la conscience et que les actes psycho-moteurs sont mis en exécution psychiquement. Exaltation maniaque.

2° Une forme grave, dans laquelle il y a un trouble plus profond de la conscience; les actes psycho-moteurs (déplacement et mouvements instinctifs et impulsifs) sont pour la plupart mis en exécution par voie organique à la suite de processus d'excitation dans les centres psycho-moteurs. Folie furieuse.

γ). Des états où les mouvements psychiques sont abaissés et même supprimés, y compris les mouvements d'humeur (manque d'humeur); il y a même suppression complète. Il en résulte nécessairement un trouble grave de la conscience allant parfois jusqu'à la stupidité.

δ). Des états où il y a prédominance d'une activité des sens centraux qui est excitée d'une façon morbide en même temps que subsiste la perception sensitive extérieure. De là résulte nécessairement un trouble de la conscience (confusion). Les anomalies de l'humeur et du mouvement ne sont pas des phénomènes primaires, mais des phénomènes réactifs dépendant du sujet du délire. Folie.

Si ces états primaires ne guérissent pas, ils se tranforment alors en états dits secondaires. Ces derniers sont caractérisés par l'extinction des émotions, la désagrégation de la personnalité jusqu'ici unique, et en même temps la destruction des rapports logiques entre les sentiments, les images mentales, les tendances, et en général la perte de la coordination des actes psychiques. Il vient encore s'y ajouter, comme signes de la faiblesse psychique qui s'est produite, la perte des sentiments éthiques et esthétiques, la diminution des capacités intellectuelles, notamment logiques (états de faiblesse psychique). Suivant que le mécanisme psychique a encore conservé un certain ensemble décousu en raison de certains groupes d'illusions, ou qu'une décadence générale, une faiblesse générale des capacités psychiques s'est produite, on peut distinguer ici des états de folie et d'imbécillité.

Suivant qu'il existe encore des processus d'excitation dans le mécanisme psychique fort ébranlé et que des représentations et des tendances confuses s'y produisent, ou bien suivant qu'il y a une tranquillité absolue et un manque de réaction, nous pouvons diviser cliniquement l'imbécillité en imbécillité agitée et en imbécillité apathique.

Essayons maintenant de différencier les états de dégénérescence psychique et de faire une classification analogue à celle des psychonévroses ; nous verrons immédiatement que cet essai est impossible à faire.

Il n'y en a qu'un petit nombre chez lesquels le retour périodique des accès constitue un phénomène remarquable.

Ces états se présentent comme des processus particuliers, comme une maladie de la personnalité prise dans le sens le plus rigoureux du mot, contrairement aux psychonévroses qui sont des maladies des systèmes psychiques, avec un développement typique et avec une marche dont la loi a été nettement établie par voie empirique. Ainsi que cela ressort de leur étiologie, basée pour la plupart sur des influences héréditaires, ces états demandent à être envisagés au point de vue anthropologique et sont réfractaires à toute classification faite d'après un principe psychologique.

Mais comme le point de vue anthropologique ne peut être utilisé en général que pour la délimitation du groupe entier et pour créer une ligne de démarcation entre ce dernier et les psychonévroses, il est nécessaire d'essayer d'établir une subdivision de ces états morbides plus ou moins individuels d'après les particularités des symptômes, de la marche, du mode de développement.

On peut établir ainsi les types suivants :

α). L'aliénation mentale constitutionnelle émotive, caractérisée par la stabilité du tableau morbide qui est essentiellement émotif et ne présente que des troubles dans la formation des images mentales.

β). La paranoïa (folie primaire) caractérisée par un changement de la personnalité ou du moins des rapports de cette dernière avec le monde extérieur allant jusqu'à la création d'un nouveau Moi, à l'aide des idées délirantes primaires (sans base émotive) qui se systématisent rapidement.

Ce caractère systématique de l'illusion s'explique par le fait que la conscience ne subit pas de troubles profonds et que la faculté de juger et de conclure est conservée. Les états d'esprit et les actes sont des phénomènes de réaction et sont motivés par des idées délirantes.

γ). L'aliénation mentale provenant de névroses constitutionnelles (épilepsie, hystérie, neurasthénie, hypocondrie).

δ). La folie périodique caractérisée par le retour périodique d'accès toujours les mêmes en ce qui concerne leur nature et leur marche.

A ces troubles qui atteignent le cerveau complètement développé, il faut ajouter la défectuosité psychique dont la cause doit être recherchée dans des altérations qui se sont produites pendant la vie fœtale ou en général dans la période de développement du cerveau et qui ont entravé le développement de la vie intellectuelle : arrêts de développement psychiques.

Selon que le processus étiologique, qu'il soit local ou constitutionnel

(rachitisme), affecte l'organe psychique seul ou produit aussi une déformation du squelette et des organes végétatifs, ce groupe se divise en deux groupes : l'un qui ressort au domaine de l'idiotie et l'autre qui fait partie de celui du crétinisme.

Ces états de faiblesse psychique originaire peuvent encore se manifester par un développement défectueux soit des fonctions intellectuelles, soit des fonctions éthiques avec divers degrés (états originaires d'imbécillité, idiotie). Les cas où prédomine la défectuosité des capacités éthiques sont ordinairement désignés par le terme d'imbécillité ou d'idiotisme moral (folie morale).

Le schéma de classification qui résulte des principes de groupement que nous venons d'exposer est donc le suivant :

A. — Maladies psychiques du cerveau développé

I. — *Maladies sans lésions anatomo-pathologiques. — Psychoses fonctionnelles.*

I). — *Psychonévroses*, c'est-à-dire maladies du cerveau sain et doué d'une constitution normale.

1° *Mélancolie* (névrose d'arrêt de l'organe psychique).

α). Mélancolie simple.

β). Mélancolie avec stupeur.

2° *Manie* (névrose de décharge).

α). Exaltation maniaque.

β). Folie furieuse.

3° *Stupidité*, démence aiguë et guérissable (névrose d'épuisement).

4° *Folie* (délire hallucinatoire — psychonévrose hallucinatoire).

Annexe. — Terminaison éventuelle de ces états par la folie incurable (secondaire) et la démence (secondaire), avec les variétés cliniques de cette dernière : démence agitée et apathique.

II). — *Dégénérescences psychiques* (c'est-à-dire maladies du cerveau doué de prédisposition morbide ou malade).

1° *Aliénation mentale constitutionnelle émotive* (folie raisonnante).

2° *Paranoïa.*

α). Forme originaire.

β). Forme acquise (tardive).

a). Paranoia persecutoria (primaire, avec prédominance des idées délirantes d'atteinte à la personnalité).

αα). Forme typique.

ββ). Paranoia querulans.

b). Paranoia expansive (primaire et prédominance des idées délirantes que l'intérêt de la personnalité a été augmenté).

αα). Paranoia inventoria ou reformatoria.
ββ). Paranoia religiosa.
γγ). Paranoia erotica.

3° *Folie périodique.*

4° *Aliénation mentale provenant de psychonévroses constitutionnelles.*

α). Folie neurasthénique.
β). Folie épileptique.
γ). Folie hystérique.
δ). Aliénation hypocondriaque.

II. — *Maladies avec lésions anatomo-pathologiques constantes. Maladies cérébrales avec prédominance des troubles psychiques. Psychoses organiques.*

1° *Delirium acutum* (hyperhémie transsudative avec tendance à la périencéphalite aiguë).

2° *Paralysie chronique ou démence paralytique* (périencéphaloméningite diffuse chronique).

3° *Syphilis cérébrale.*

4° *Démence sénile* (atrophie cérébrale primaire).

Annexe. — Intoxications (groupe de transition entre I et II).

1° Alcoolisme chronique.

2° Morphinisme.

B. — Arrêts de développement psychique

Idiotie (éventuellement avec dégénérescence physique : crétinisme).

α). Prédominance des états de défectuosité intellectuelle (imbécillité et idiotie originaire).

β). Prédominance des états de défectuosité morale (imbécillité et idiotie morale originaire).

PREMIÈRE PARTIE

PSYCHONÉVROSES

ÉTATS PRIMAIRES GUÉRISSABLES

CHAPITRE PREMIER

MÉLANCOLIE[1]

Le phénomène fondamental de la folie mélancolique, c'est une dépression douloureuse motivée extérieurement par rien ou du moins par aucune raison suffisante, et une torpeur générale des mouvements psychiques allant jusqu'à leur arrêt.

Sur la cause et la connexité intérieures de ces deux anomalies fondamentales dans le mécanisme psychique des mélancoliques nous n'avons que des hypothèses.

Tandis que les uns considèrent la dépression douloureuse simplement comme l'expression d'un trouble de nutrition dans l'organe psychique (névralgie psychique analogue à la névralgie ordinaire) et en font dériver comme phénomène consécutif l'arrêt des processus intellectuels, une nouvelle conception psycho-physique considère l'arrêt comme le phénomène primaire et la douleur psychique comme le phénomène secondaire produit par le fait que l'individu a conscience de cet arrêt. Ces deux manières de voir sont l'une et l'autre au moins trop exclusives. L'hypothèse que la douleur psychique n'est qu'un effet secondaire ne répond point à l'expérience. Elle ne pourrait être acceptable que si l'intensité de la douleur psychique était en raison directe de la force de l'entrave, ce qui cependant n'est pas le cas, et si l'entrave précédait chronologiquement la douleur psychique. Mais cette hypothèse non plus ne répond point aux

Wunderlich, *Pathol.*, 1854, IIe partie, p. 337, — Falret, *Maladies mentales*, p. 324. — Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 439. — Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 2c, p. 222. — Semelaigne, *Diagnostic et traitement de la Mél.* dans *Mém. de l'Acad. de méd.* XXV, 1. — Richarz, *Allg. Zeitsch. f. psych.*, 15, p. 28. — Billod, *Annal. méd. psychol.*, 1856. — Pohl, *Die Melancholie*, Prague, 1852. — De Smeth, *De la mél.*, Bruxelles, 1873. — Meynert, *Die primären Formen des Irreseins*, *Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkde.* 1871, 44-47. — Frese, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 28, p. 487. — V. Krafft, *Die Melancholie*, Erlangen, 1874, — Schüle, *Handb.*, p. 407.

faits. Le premier phénomène est la douleur psychique : l'entrave ne vient qu'après et constitue à son tour, il est vrai, une nouvelle source de douleur.

Les faits nous obligent à considérer la douleur psychique et l'entrave comme des phénomènes liés l'un à l'autre, ce qui n'exclut point qu'il y ait répercussion réciproque de l'un sur l'autre. On peut en même temps songer à une cause fondamentale commune, un trouble de la nutrition du cerveau (anémie) amenant une réduction dans la décharge des forces vitales.

Avec cette manière de voir plus large et moins préconçue, on peut désigner la mélancolie comme un état morbide de l'organe psychique, causé par un trouble de nutrition et qui est caractérisé, d'une part, par le sentiment et la réaction douloureux de la sensibilité générale (névralgie psychique), d'autre part par un accomplissement plus difficile des mouvements psychiques (sentiments, conceptions, tendances), difficultés qui peuvent aller jusqu'à l'arrêt de ces mouvements.

Symptomatologie.

Symptômes psychiques. — La nature de la conscience mélancolique est la douleur psychique, la dépression, comme expression d'un trouble de nutrition de l'organe psychique. Cette dépression douloureuse ne diffère point, en ce qui concerne sa nature, de la douleur motivée de l'homme normal. La solidarité des processus psychiques fait que la dépression devient totale ; l'organe psychique, tant que subsiste le trouble morbide et étiologique, ne peut produire que des processus psychiques douloureux. Cet état de douleur psychique, dû à une cause organique, est encore renforcé par les phénomènes physiologiques, par suite d'autres troubles qui existent en même temps dans le mécanisme psychique et qui, pour la plupart, ne sont que la conséquence de la dépression morale.

Ces sources de douleur accessoires proviennent de la perception désagréable du monde extérieur qui se reflète dans le miroir de la conscience douloureusement transformée (diesthésie psychique), par un sentiment d'accablement que le malade éprouve dans son mécanisme psychique, enfin de ce qu'il se rend compte de l'entrave que subissent tous ses actes psychiques (marche des conceptions, tendances). Il sent péniblement, à l'apogée de sa maladie, que ses conceptions et ses perceptions sensitives ne sont plus annotées ni par des sentiments de plaisir ni par des sentiments de dégoût (anesthésie psychique).

L'effet total de ces processus douloureux psychiques est, au point de vue clinique, l'abattement, la tristesse, la dépression. La diesthésie psychique amène la solitude, l'horreur de la société des hommes, ou une attitude hostile contre le monde extérieur ; l'anesthésie psychique produit une indifférence pour tous les rapports de la vie, même les plus importants.

A côté du trouble substantiel, il y a un trouble formatif dans la sphère de la vie des sentiments. Il se manifeste par le fait que les conceptions aussi bien que les perceptions sensitives sont accompagnées de sensations de déplaisir extraordinaire, allant jusqu'à devenir des émotions et qu'en même temps le seuil d'irritabilité pour les émotions morales se trouve reculé à un degré anormal.

Voilà ce qui explique pourquoi chaque phénomène psychique et même la perception sensitive s'accompagnent d'émotions de déplaisir (hyperesthésie psychique).

Ces états d'hyperesthésie psychique, analogues aux phénomènes observés sur les nerfs atteints de névralgie, précèdent les états d'anesthésie psychique ou alternent avec eux.

Les émotions nées de cette manière se manifestent comme émotions de déplaisir, de tristesse, allant jusqu'au désespoir, ou comme émotions de surprise (embarras, confusion, consternation, effroi, honte), ou comme des émotions d'attente (angoisse, oppression, peur).

Cliniquement, cette irritabilité morbide se manifeste sous forme d'irritabilité, de sensiblerie, et, comme l'hyperesthésie et l'anesthésie alternent et présentent des différences quantitatives, comme des caprices.

Le besoin de repos psychique qu'éprouve le malade se manifeste par l'abandon de ses affaires, par la recherche de la solitude, par le soin qu'il met à éviter les sensations et les émotions.

Les troubles sur le terrain de la conception atteignent en partie la forme, en partie la substance des représentations. Les premiers consistent en ce que la marche des représentations mentales demande plus de temps et que leur association ou combinaison est devenue plus difficile.

Le ralentissement de leur marche est un phénomène partiel des difficultés générales qui entravent les efforts psychiques; il dépend aussi en partie des sentiments de déplaisir qui se rattachent à chaque mouvement psychique.

L'entrave au cours libre des représentations est une source accessoire de douleurs psychiques qui a son importance. Elle se manifeste cliniquement par un sentiment d'ennui, de vide intellectuel et de la diminution des capacités intellectuelles (abrutissement, manque de mémoire, dont se plaignent tant de malades). L'arrêt temporaire complet du cours des représentations provoque même des émotions de désespoir. Le trouble dans l'association des conceptions est essentiellement causé par ce que, seules, les images mentales adéquates au sentiment de douleur sont possibles dans la conscience, et par conséquent la somme des images reproductibles se borne à celles qui ont un caractère douloureux. L'arrêt et le trouble de l'association sont favorables à l'apparition des conceptions obsédantes. Il existe des troubles dans la formation de la représentation chez tous les mélancoliques. Ils peuvent être les seuls dans ce domaine (mélancolie sine delirio), mais souvent il se produit aussi des troubles dans la nature des représentations, en un mot, des idées délirantes.

Dans l'immense majorité des cas, ces dernières se produisent par voie

psychologique, en essayant d'expliquer l'état morbide de la conscience; mais alors il n'est pas précisément nécessaire que l'idée délirante soit le produit d'une opération logique de la pensée qui se fait dans la conscience, elle peut être aussi le résultat d'associations d'idées inconscientes dont le résultat a pénétré dans la conscience.

Les idées délirantes dans la mélancolie viennent plus rarement d'illusions des sens, et elles constituent encore plus rarement des délires primordiaux purs.

La nature des idées délirantes de la mélancolie est très variée et comprend toutes les variétés du chagrin humain, des soucis et des appréhensions. Comme il est toujours puisé dans le contenu de la conscience individuelle, il est naturel qu'il varie infiniment, selon la richesse de la vie intellectuelle, le sexe, la position sociale, le degré d'instruction, l'époque, bien que certaines préoccupations et certaines craintes permanentes de l'humanité donnent des traits de ressemblance à nombre de mélancoliques de tous les pays et de toutes les époques (Griesinger).

Le caractère commun de toutes les idées délirantes mélancoliques, c'est celui de la souffrance; et, contrairement au même sentiment qui existe dans la paranoïa, combiné avec un délire de persécution, le mélancolique croit que ses douleurs lui arrivent par sa propre faute.

Souvent des illusions des sens se produisent au cours de la mélancolie et dans ses formes graves.

De même que les conceptions dans la mélancolie ont un caractère douloureux et hostile, de même le sujet des hallucinations aussi est terrifiant.

Les illusions des sens apparaissent avec une intensité particulière et sont très nombreuses dans les émotions et notamment dans les émotions d'attente anxieuse.

L'entrave des mouvements psychiques si particulière à la mélancolie se manifeste avec une netteté particulière sur le terrain psycho-moteur de la vie psychique.

L'accentuation pénible de la douleur psychique amenée par chaque acte du mécanisme psychique, occasionne de la paresse, la tendance à fuir tout travail, la négligence de ses travaux professionnels, le penchant à s'enfermer et à se reposer au lit. Le manque de confiance en soi-même fait paraître tout désir comme irréalisable et fait renoncer à tout effort. Le mouvement psychique entravé en lui-même, l'échange difficile des représentations, leur annotation par des sentiments de déplaisir, la suppression des intérêts intellectuels qui pourraient alimenter leur activité, tout cela trouve son expression éloquente dans la plainte du malade qu'il voudrait vouloir mais qu'il ne le peut plus.

La représentation concrète qui ranime dans l'individu la volonté est péniblement influencée par des conceptions contradictoires venant de la conscience qu'on a de son abaissement, de la conviction de son manque de capacité, de l'impuissance intellectuelle qui fait nier toute possibilité de succès; ainsi, le malade, ballotté entre ces deux courants, flotte sans cesse

entre l'impulsion et la renonciation, et alors se manifestent cliniquement cette inconstance et ce manque de décision qui caractérisent ces malades.

Le caractère fondamental de la mélancolie est celui de l'anergie, de la passivité. Cependant épisodiquement une action impétueuse, violente, allant jusqu'à la furie, est possible. L'explication de cette explosion est que parfois une émotion violente peut vaincre les entraves.

Symptômes nerveux. — Chez tous les mélancoliques, le sommeil disparaît au début et à l'apogée de la maladie. Il manque complètement ou il est troublé par des rêves terrifiants et des soubresauts fréquents; les malades, bien qu'ils dorment, n'en éprouvent ni soulagement ni restauration des forces, comme dans le sommeil des individus sains.

Le mal de tête est fréquent, surtout chez les anémiques; souvent les malades se plaignent de sensation pénible de vide dans la tête, d'une pression, etc., ce qui est en partie l'expression des paralgies, en partie une explication allégorique des entraves psychiques. La sensibilité générale est troublée. Les malades se sentent las, abattus, mal à leur aise, et cette baisse de l'énergie vitale trouve son expression classique dans l'attitude affaissée, dans le manque d'action musculaire, dans les mouvements hésitants, les paroles à voix basse, la mollesse et la faiblesse de la musculature. Outre les phénomènes psychiques (abaissement de la confiance en soi-même, etc.), qui interviennent ici, cette faiblesse d'innervation paraît dépendre de sensations vitales troublées, de sensations musculaires altérées (pesanteur, sensibilité douloureuse).

Souvent il y a des troubles sensitifs. On rencontre plus rarement des paresthésies et des anesthésies; les hyperesthésies et les névralgies qui empirent l'état d'esprit provoquent des émotions et donnent lieu à des représentations délirantes allégoriques. Les sécrétions sont diminuées, de même les instincts.

Cela se manifeste surtout pour l'alimentation qui souvent est positivement refusée. A côté des idées délirantes et des illusions des sens, on trouve souvent l'anorexie et la constipation comme cause somatique du refus de nourriture.

Même quand il n'y a pas refus d'aliments, la nutrition est abaissée. Cette diminution progressive du poids du corps et l'anémie sont des phénomènes réguliers et peuvent en partie être rapportés à une participation des centres nerveux trophiques. Chez la plupart des malades les artères sont contractées, le pouls est petit et l'artère est dure comme un fil de fer.

Comme phénomènes consécutifs, on note, en dehors de l'arrêt des sécrétions, une diminution du tonus vital, la peau est sèche, dure, elle pèle en formant des écailles semblables à du son, elle est froide aux extrémités où on peut avoir des stases veineuses et des œdèmes. Les malades paraissent beaucoup plus âgés qu'ils ne sont en réalité. La chaleur du corps est ordinairement au-dessous de la normale; la respiration est superficielle, incomplète, bien que souvent accélérée par l'angoisse. La fréquence du pouls est variable et, pendant les états d'agitation anxieuse, elle est considérablement augmentée.

La folie mélancolique se manifeste sous deux formes cliniques qu'on désigne sous les noms de mélancolie simple et de mélancolie avec stupeur, et qui demandent chacune une étude spéciale.

I. — Mélancolie simple

Les cas de mélancolie les moins graves sont ceux dans lesquels les phénomènes d'entrave psychique sont essentiellement produits par une cause psychique, par des processus douloureux de la conscience qui ne sont pas occasionnés organiquement par l'entrave des processus conducteurs dans le trajet des nerfs psychomoteurs, entrave qui peut entraîner un trouble spasmodique de l'innervation musculaire (tétanie, catalepsie). De même, il n'y a pas, dans ces cas, de trouble profond de l'intelligence. L'entrave se manifeste au moral comme une anesthésie désespérante, dans la vie des conceptions comme une difficulté pénible à formuler ses pensées, sur la volonté comme une incapacité douloureuse à se décider à un acte, incapacité allant jusqu'à la paralysie de la volonté comme conséquence fatale de cet état; la confiance en soi-même est considérablement diminuée.

Comme la conscience des malades représente une source de douleurs toujours débordante et que les émotions, les idées d'un danger menaçant qui va les anéantir, les torturent, entretiennent et accentuent continuellement leur état de tension douloureuse, leur situation devient d'autant plus pénible qu'ils ne se sentent pas capable ou du moins pas toujours capables d'oser l'acte qui les délivrerait ou les sauverait.

Le phénomène fondamental du tableau morbide, c'est la passivité, le sentiment pénible d'être paralysé dans ses mouvements psychiques. La passivité du mélancolique peut s'accentuer et amener un état où la sphère psycho-motrice devient temporairement complètement paralysée. Non seulement les actes mais aussi les mouvements du langage et de la locomotion deviennent alors de plus en plus lents et difficiles et n'ont lieu que par secousses à la suite d'excitations et de contraintes extérieures réitérées et très fortes; ils sont seulement dessinés par l'intention, mais non accomplis, et finalement tout effort moteur devient impossible (mélancolie passive).

Ces cas, dans lesquels évidemment l'entrave psychique est accentuée et compliquée par des résistances qui augmentent avec la transmission moléculaire dans le trajet de la volonté, représentent des transitions vers une forme plus grave, la mélancolie avec stupeur, d'autant plus que la conscience s'obnubile aussi et que le malade tombe dans un état de crépuscule intellectuel.

Sauf le cas où épisodiquement et lors de transition à la mélancolie avec stupeur cette paralysie complète de la vie intellectuelle se produit, la conscience des malades n'est pas plus profondément troublée que dans la mélancolie simple, bien qu'elle soit préoccupée d'images mentales et de conceptions douloureuses.

La faculté de penser est entravée, limitée, mais la formation des conclusions et des jugements a toujours lieu, contrairement à ce qui a lieu dans la mélancolie avec stupeur où il s'agit essentiellement d'un rêve délirant, où le délire se manifeste spontanément, comme dans le cas de délire fébrile ou d'intoxication, et où les associations ne sont plus utilisées.

Les malades atteints de mélancolie simple conservent la faculté de former des conclusions, il en résulte que les idées délirantes qui se produisent peuvent se lier ensuite d'une manière systématique et avec conséquences logiques.

L'attitude passive du malade peut à chaque moment se changer en un état d'agitation et d'activité continuel pendant lequel il se soulage de ses douleurs et de sa tension psychiques avec emportement, par des pleurs, en se tordant les mains, en allant et en venant (mélancolie errabunda) et même en commettant des actes de violence (mélancolie agitée ou active).

La cause de cette attitude ne provient pas de la facilité à transformer les conceptions en impulsions de mouvement, comme c'est le cas dans la manie, mais seulement de la force énorme avec laquelle les motifs des mouvement se font sentir dans la conscience, force qui peut surmonter et vaincre toutes les entraves psychiques.

En effet, ces états de mélancolie agitée ne constituent que l'acmé du tableau morbide ou bien des phénomènes épisodiques au cours de la mélancolie (passive). Ces explosions de désespoir à allures émotives, capables de surmonter temporairement l'entrave psychique du mélancolique, sont le résultat de la situation psychique douloureuse qui pour un moment s'est accentuée au point de devenir insupportable, situation due à l'anesthésie psychique, à l'hyperesthésie, à l'arrêt des pensées, aux conceptions obsédantes, à l'anénergie, ensuite aux névralgies complicantes, en général aux malaises physiques, à l'angoisse précordiale, aux illusions et aux idées délirantes de nature terrifiante. Dans ces états d'obsession psychique, le suicide est à craindre. Il se produit alors aussi très fréquemment et sous l'action impulsive de l'angoisse précordiale, des actes de destruction contre l'entourage. La dyesthésie et l'anesthésie psychiques aident à leur production.

Le malade en proie à une agitation violente est, dans ses paroxysmes, semblable à un fou furieux ; il peut même surpasser celui-ci dans ses actes de destruction. Ordinairement les médecins non aliénistes diagnostiquent comme folie furieuse ces états de mélancolie avec agitation durable de la volonté bien qu'il y ait une différence essentielle entre l'impulsion destructive du fou furieux et la réaction motrice du mélancolique, provoquée par des états de conscience douloureux.

La fuite des idées peut se produire aussi dans la mélancolie active, mais ici encore cette fuite des idées a un caractère tout à fait autre que dans la manie, ainsi que cela a été très bien relevé par Richarz (*Allg. Zeitschr. f. Psych*, XV, p. 28.)

Malgré l'accélération qui pourrait se produire dans la marche des repré-

sentations, le délire de la mélancolie active est quand même monotone, purement douloureux dans sa nature ; il se meut dans le cercle restreint de l'émotion mélancolique, car il n'est qu'une variante continue d'un même thème.

La faculté de former une série continue de représentations reliées par un processus d'association illimité, manque ici, contrairement à ce qui a lieu dans la manie où les associations s'accomplissent avec une facilité énorme.

Les conceptions du mélancolique ne sont que des fragments de séries de conceptions ; il ne peut pas suivre jusqu'au bout dans sa pensée la série qu'il a commencée ; la chaîne des pensées se rompt à chaque instant et il est toujours ramené au point de départ de ses représentations. Voilà pourquoi ces malades se plaignent de leur contrainte de pensées continuelle, pénible et sans résultat, de l'impossibilité de persévérer dans une idée, de la suivre jusqu'au bout, du vide de leur intelligence, malgré son encombrement apparent.

Emminghaus (*Psychopathologie*, p. 199) a donc, à un certain point de vue, raison de considérer ces états comme des conceptions obsédantes arrivant en foule.

La mélancolie simple est peut-être la forme d'aliénation qu'on rencontre le plus fréquemment. Cliniquement elle présente une grande série de nuances sous le rapport du groupement des symptômes et de son intensité. A ce point de vue on peut établir essentiellement trois variétés ou plutôt trois variétés de degré suivant que la maladie les parcourt tous les trois ou qu'elle s'arrête à un de ces degrés. Comme forme bénigne de cette maladie, on peut citer :

A. — Mélancolie sine delirio

Le tableau morbide se borne ici à des anomalies des sentiments et des tendances, et à des anomalies dans la formation des conceptions. Elle ne va pas jusqu'à produire des idées délirantes ni des illusions des sens. Cette forme atténuée de la mélancolie ne se rencontre qu'exceptionnellement dans les asiles, mais très fréquemment dans la pratique privée. Souvent elle échappe pendant longtemps à l'observation des profanes de même qu'à celle des médecins, le malade sachant conserver l'apparence du calme et de la raison.

Son caractère sombre, son irritabilité, sa dépression et le changement dans sa manière habituelle de penser et de sentir frappent le spectateur, c'est vrai, mais on trouve ou on suppose des raisons extérieures pour expliquer cet état, et le malade, qui ne veut point paraître malade, allègue toutes sortes de raisons pour motiver ou excuser son manque d'égards, sa paresse, l'abandon de ses devoirs habituels. Ainsi on s'illusionne longtemps sur son véritable état intellectuel, jusqu'à ce que la douleur s'accentue

ou que l'état de tension douloureuse devenant insupportable, provoque un acte de violence qui éclaire la situation. Le diagnostic médical se borne souvent, en négligeant l'anomalie psychique, à établir une anémie, une chlorose, une hystérie, une neurasthénie, etc. En effet la maladie se rencontre souvent sur cette base somatique névrotique, notamment en connexité avec les phénomènes de la puberté (nostalgie); puis chez les hypocondriaques, les neurasthéniques et les névropathes constitutionnels. Sur cette base, notamment quand elle est héréditaire, la maladie se complique souvent d'idées obsédantes (poussant à l'assassinat, au suicide, à l'incendie) avec troubles des fonctions somatiques, nerveuses, et surtout sensitives (paralgies, névralgies). Alors le tableau se complique, devient plus difficile à pronostiquer, et constitue une transition vers la folie raisonnante constitutionnelle mélancolique, maladie vraiment dégénérative.

Observation X. *Mélancolie sine detrio basée sur un catarrhe chronique de l'estomac et sur une neurasthénie.* — Docteur-médecin A..., trente-un ans, marié, est venu demander remède contre une maladie affectant son moral. Le père était dès son enfance adonné à la boisson. Ce vice du père a troublé le bonheur de la famille et a jeté des ombres tristes sur la jeunesse du malade qui souffrit énormément de la dureté et de la brutalité de son père et qui en a conservé un caractère peureux et farouche. Il était névropathe, émotif, rougissait facilement, devenait facilement confus et était ainsi la risée de ses camarades.

L'hiver de 1863, il a contracté, à la suite d'un froid, un catarrhe gastrique qui, négligé, a pris un caractère chronique et durait encore au moment où se déclara la maladie psychique. Le malade est devenu étudiant en médecine; il travaillait assidûment et a dû, pendant les vacances, aider son père ivrogne à soigner ses clients. Après avoir passé son premier examen, il a dû se charger des malades de son père qui était devenu apoplectique. Bientôt sa mère, qu'il aimait, tomba aussi gravement malade. Au milieu des soucis de la famille, de la clientèle et du gagne-pain quotidien, il continuait à étudier et passait les nuits. D'où accentuation du catarrhe gastrique. Il s'aperçut qu'il y avait du pus dans ses selles et reconnut que sa maladie intestinale s'accentuait; il devint hypocondriaque, s'attendant à une perforation intestinale. Malgré tous ces ennuis il passa son examen avec une bonne note. Il dut immédiatement faire de la clientèle. Son père, à peine rétabli, s'adonna à de nouveaux excès de boisson. Il en eut beaucoup de chagrin et de soucis. A l'automne de 1873, il se fiança. Un riche propriétaire chercha à lui enlever sa fiancée. On le représentait comme ivrogne et épileptique. Il en fut très déprimé.

Après être resté deux ans fiancé, la jeune fille qu'il devait épouser déclara que son futur domicile lui déplaisait. Il y eut des conflits. Le malade se sépara le cœur gros de sa clientèle pour s'en créer une autre. A la suite d'une opération de hernie malheureuse, un collègue malveillant le fit suspecter. Le catarrhe gastrique s'accentua : mauvaise humeur, dépression hypocondriaque, constipation opiniâtre, difficultés de la digestion, maux de tête. Cela décida le malade à aller chercher à Gratz du soulagement. Il fréquentait la clinique psychiatrique. Dans tout ce que le professeur enseignait il trouvait des rapports avec son état et il avait la perspective désespérante de devenir fou. Il reçut une lettre blessante de sa fiancée (fin 1874). Il en fut profondément déprimé, perdit le sommeil, eut de l'angoisse précordiale, des vertiges, des tintements d'oreille, des maux de tête. Rien ne lui faisait plus plaisir; il avait des idées de suicide. Sa fiancée revint à de meilleurs sentiments. En

mai 1875 le mariage fut célébré. Le malade espérait guérir, mais pendant son voyage de noces son trouble augmenta. Grâce à son anesthésie psychique, il sentait qu'il ne pouvait pas aimer sa femme; il se faisait des reproches de l'avoir rendue malheureuse; il eut la peur de devenir fou et un vif dégoût de la vie. Il essaya de l'opium (deux fois par jour 0,05 à 0,15). Son état devint supportable. Il pouvait pratiquer sa profession d'une manière machinale, sans ardeur au travail, sans joie de vivre ; il soulageait sa douleur psychique en pleurant des heures entières.

Le matin, au moment de son réveil, la dépression psychique était plus vive. Il se sentait las, abattu, se reprochait d'avoir contracté un mariage à la légère et d'avoir, par son déclin intellectuel, causé le malheur de sa femme. Plus tard il s'y ajouta la crainte de léguer à ses enfants le germe de sa maladie.

Lors de l'examen médical du 6 décembre 1875, le malade paraît bouleversé et miné par la maladie. Il se plaint de douleurs de tête et de pression frontale, comme s'il était pris dans un étau; il se sent mal, abattu. Les selles ne se produisent qu'avec des purgatifs, la digestion est accompagnée de malaises, la langue blanche. Le malade a l'air un peu congestionné. Le pouls est petit, à 84, les extrémités froides. Il a les larmes faciles, est sans courage, sans joie, et a horreur de la société. L'avenir lui paraît sombre.

On régularise la diète et les selles, on prescrit des bains et des frictions froides. Le malade prend de l'opium et, comme sa peau irritable ne supporte pas les injections, ni son estomac l'usage interne, il prend des suppositoires de 0,25 à 0,3 d'extrait d'opium deux fois par jour.

Son état s'améliore immédiatement. Le malade peut travailler avec plus de facilité et bannir les idées tristes d'avenir sombre et de suicide. Mais aussitôt que l'effet de l'opium a cessé, il est de nouveau hanté par un vide intellectuel pénible, par une inquiétude, un tædium vitæ, une dépression et une apathie terribles, des tintements d'oreilles, des maux de tête, une sensation de pression inquiétante, comme si son cerveau était trop grand et son crâne trop petit. Un petit écart de diète, le mauvais temps, un effort intellectuel, une occupation produisent aussitôt une aggravation très pénible, de l'angoisse précordiale et l'impulsion au suicide. Il ne pouvait vivre qu'avec de l'opium, mais il eut bientôt des craintes quand, à l'occasion du congrès des naturalistes à Gratz, il entendit parler du morphinisme.

L'été de 1876 se passa avec des améliorations et des rechutes alternatives, suivant l'état de la maladie intestinale. Un séjour dans les montagnes, puis les bains de mer, l'usage rationnel et continu de l'opium dont les doses quotidiennes ont été portées jusqu'à 1 gramme, ont produit enfin une évolution favorable. Les malaises intestinaux disparurent, la dépression psychique diminua; il y eut des moments où le malade pouvait envisager l'avenir avec espérance et où la vie ne lui paraissait plus comme un lourd fardeau. Il resta encore pendant longtemps très émotif, réagissant avec une dépression douloureuse contre les émotions morales, les légers écarts de diète, les efforts intellectuels ; il se sentait sans courage intellectuel, incertain, pusillanime, notamment le matin, déprimé et fatigué jusqu'à en éprouver du tædium vitæ. L'opium, que le malade avait successivement diminué, est devenu inutile.

Au cours de l'année 1877 les derniers symptômes de la maladie disparurent ; la mine du malade devint dégagée, sa nutrition se rétablit, la joie de vivre et le goût du travail revinrent.

La guérison si laborieusement obtenue fut mise à une rude épreuve quand la femme d'A... mourut et que son enfant fut infecté de syphilis par sa nourrice. La santé psychique du malade s'est tout de même maintenue.

B. — Mélancolie avec angoisse précordiale

On voit souvent au cours de la mélancolie sine delirio apparaître les symptômes de l'angoisse précordiale comme complication épisodique se manifestant plutôt le matin, ou comme une complication de plus longue durée et qui se déclare au début de la maladie (mélancolie précordiale). Dans ce dernier cas il s'agit ordinairement de formes à marche aiguë ou suraiguë. L'angoisse précordiale est un des phénomènes accessoires les plus importants et les plus fréquents des états mélancoliques. Chaque fois qu'elle se manifeste, elle constitue une complication grave en ce sens qu'elle comporte des dangers pour la vie du malade et pour son entourage, dangers qui proviennent de ce que l'accentuation tourmentante de l'état douloureux et de la tension psychique peut entraîner l'individu à des actes impulsifs de délivrance ou de salut. Aussi le malade ne doit pas être laissé seul. L'angoisse précordiale est, dans la mélancolie, l'élément le plus important qui fasse sortir le malade de sa passivité, qui le remue et l'agite, qui le pousse au désespoir suivant la violence et la brusquerie de l'angoisse qui arrive à la conscience. Une explosion subite et forte d'angoisse précordiale peut entraîner une obnubilation et même une suppression passagère de l'intelligence et provoquer des actes moteurs violents et même convulsifs comme réaction contre cette peur indicible. On appelle ordinairement raptus mélancolique cette crise motrice de la brusque tension psychique qui est devenue insupportable. Cet état peut apparaître au milieu de la passivité la plus absolue du mélancolique.

Souvent l'accès proprement dit est précédé par des états ayant l'allure d'aura et se présentant sous forme de dépression morale, d'irritabilité, de maux de tête, de vertiges, de sensations névralgiques et paralgiques.

L'accès arrive avec une élévation rapide à son point culminant aussitôt que l'angoisse entre dans la conscience. Tous les processus psychiques (perception, association des idées, reproduction) sont profondément troublés et parfois même anéantis par cette panique violente. Le trouble de la perception, qui parfois même est supprimée, évoque l'idée que tout a sombré dans une catastrophe et qu'il ne reste debout qu'un semblant du monde ; la faculté de conception est momentanément suspendue ou bien il existe encore un chaos d'images mentales pénibles qu'on ne peut dominer, qu'on ne peut plus associer et au milieu desquelles peuvent apparaître des hallucinations terrifiantes, des délires d'anéantissement général, de la fin du monde, de possession par le diable. L'intelligence est profondément troublée et ce trouble peut aller jusqu'à la suppression temporaire de la conscience de soi-même.

La sphère motrice présente, selon l'intensité de l'accès, les manifestations de l'emportement et du désespoir (s'arracher les cheveux, déchirer ses vêtements, actes de destruction, assassinat, suicide, destruction rageuse de tout ce qui tombe entre les mains du malade) qui ne sont moti-

vées que par une impulsion obscure à faire cesser l'état de tension psychique et où l'analgésie rend possibles les auto-mutilations les plus terribles (malade de Bergmann qui s'est littéralement arraché les yeux de l'orbite avec ses doigts) et l'anesthésie psychique les actes de pire violence contre autrui. Au summum de l'état les actes incohérents et destructifs du malheureux représentent de véritables convulsions psychiques.

Avec ces symptômes psychiques vont de pair des troubles remarquables de la respiration et de la circulation. La respiration est entravée, superficielle, fréquente ; l'activité du cœur est accélérée, irrégulière ; le pouls est petit, rapide, la peau froide, pâle ; les sécrétions sont supprimées pendant l'accès. Vers la fin du paroxysme il se produit dans la plupart des cas une sécrétion de sueur profuse. Les troubles de la circulation rendent probable l'hypothèse d'une névrose du sympathique comme cause du raptus.

La cessation du raptus est brusque, de sorte que la marche de la maladie pourrait être représentée sous la forme d'une courbe montant rapidement avec une chute aussi rapide.

L'angoisse s'évanouit, le malade respire avec soulagement, comme s'il s'éveillait d'un mauvais rêve. Suivant la gravité de l'accès, le souvenir des faits peut manquer absolument ou exister sous une forme vague et sommaire. La durée de l'état varie de quelques minutes à une demi-heure au maximum.

Observation XI. *Mélancolie chronique causée par épuisement et avec raptus mélancolique.* — Mme Pichler, cinquante-sept ans, paysanne, a été reçue, le 10 septembre 1873, à l'asile. Issue d'une famille saine et indemne de maladies, elle s'est mariée à l'âge de dix-neuf ans et a, jusqu'à l'âge de quarante ans, donné normalement le jour à dix enfants. Les accouchements qui se succédèrent rapidement, l'allaitement, un travail pénible, une mauvaise nourriture, la lutte pour l'existence l'avaient gravement atteinte au physique. D'année en année elle devint de plus en plus faible, maigrit à vue d'œil, et le travail la fatiguait de plus en plus. En 1861, elle tomba malade lors d'une épidémie de typhus et fut atteinte de typhus abdominal. Elle se remit difficilement et elle dut bientôt reprendre son ouvrage avec une nourriture insuffisante. Dès ce moment, il exista chez elle une grande irritabilité, une sensibilité énorme et de l'anémie. La malade prétend que, à partir de cette époque, elle était chaque hiver mélancolique pendant quelques semaines. Des accès plus violents de mélancolie se montrèrent en 1865 et en 1868 et, comme elle le prétend, à la suite de terreurs et d'émotions. Elle était alors triste, paresseuse, peureuse, se morfondait toute seule, se croyait persécutée, condamnée à l'enfer où des tortures horribles l'attendaient. Traitée par des officiers de santé, avec des purges, des frictions et des onguents, elle s'affaiblit encore davantage au physique et son état psychique empira. Les états d'émotion anxieuse et les idées délirantes nées sur cette base disparurent avec le temps, c'est vrai, mais la malade resta pusillanime, déprimée, irritable ; elle n'avait plus de goût ni à la vie ni au travail. Elle dormait mal, avait peu d'appétit ; sa nutrition était mauvaise ; elle était anémique.

En mars 1873 la dénutrition augmenta et il se produisit de l'œdème des pieds.

Sa dépression psychique habituelle s'éleva rapidement à un degré considérable. Bientôt, le matin, au réveil, il se produisit une angoisse terrible dans la région du cœur. Elle éprouvait la sensation d'une lourde pierre. La sueur de l'angoisse

lui perlait et l'agitait en tous sens. Les accès d'angoisse matinaux devinrent de plus en plus violents, au point de lui faire perdre les sens. Elle se croit alors transportée en enfer, vit tout entourée d'une lueur rouge ou blanche. Elle croyait que le monde avait péri dans un cataclysme; c'est elle qui en était la cause; ce sera bientôt son tour à elle. En même temps elle éprouvait une horrible confusion d'idées, un brouhaha confus de pensées. Pendant les accès d'angoisse il se produisait un dégoût de la vie et aussi l'impulsion aux actes destructifs. Alors, pleine de désespoir, elle traversait en courant sa chambre, mordait et frappait son entourage, brisait tout ce qu'elle pouvait atteindre et après se sentait soulagée.

Dans ces accès de raptus qui duraient jusqu'à midi, on la renfermait dans une pièce noire et on la liait avec des cordes.

L'après-midi elle était visiblement soulagée de son angoisse et le soir elle se sentait le cœur tout à fait libre; elle n'éprouvait que de la dépression, n'avait de plaisir à rien et était incapable de faire sa prière.

La malade est de taille moyenne, avec un front bas et étroit. Le pannicule graisseux a disparu. Elle est très anémique, les bruits du cœur sont faibles, mais purs: le pouls est petit, facile à supprimer; les parois artérielles présentent peu de tension. Pas de troubles végétatifs. La malade prend une nourriture substantielle, du vin, du fer, et est traitée par les injections d'extrait d'opium (jusqu'à deux fois par jour, aux doses de 0,15). L'opium agit d'une manière vraiment spécifique contre l'angoisse et l'agitation anxieuse. L'angoisse ne se produit plus que le matin au réveil et se réduit bientôt à une sensation d'oppression modérée. La nutrition s'améliorant, le sommeil revient. La malade est plus dégagée au physique, elle a repris espoir et a pu de nouveau travailler. Peu à peu on put même supprimer l'opium. Après une privation d'opium de longue durée, une recrudescence de la maladie se produisit, mais elle disparut au bout de quelques jours à la suite d'un nouvel usage de ce remède. D'autres essais pour cesser le remède ont démontré qu'il est indispensable contre l'angoisse et l'insomnie; finalement la malade a pu vivre avec de petites doses de 0,02 à 0,03. Avec ce régime elle se sentait bien physiquement et n'avait qu'une légère dépression morale; elle avait retrouvé le goût et la faculté du travail.

Le 30 avril 1874 la malade fut renvoyée chez elle avec quelques traces à peine perceptibles d'une dépression douloureuse et avec le conseil de se servir encore de l'opium pendant quelque temps.

C. — Mélancolie avec idées délirantes et hallucinations

Les idées délirantes et les hallucinations se manifestent souvent au cours de la mélancolie. Elles naissent peu à peu d'une mélancolie sans délire et représentent le point culminant de tout le processus morbide, ou bien elles apparaissent de bonne heure, immédiatement après que la dépression morale s'est produite. Telle est la règle dans les cas qui ont une marche aiguë ou suraiguë. Comme les idées délirantes du mélancolique, contrairement aux délires du fou et du paranoïque, sont presque exclusivement des essais d'explication des faits morbides dans la conscience, il est possible dans la plupart des cas de remonter jusqu'à la source des idées délirantes, c'est-à-dire jusqu'aux troubles élémentaires qui en sont la cause.

Ainsi, par exemple, le changement profond du sentiment de soi-même, qui n'est que l'effet dans la conscience de l'entrave dans les sentiments, les conceptions et les tendances, et qui se manifeste cliniquement par la dépression, le manque de confiance en soi-même, amène le malade à l'idée délirante qu'il est ruiné, réduit à la mendicité, condamné à mourir de faim. La dyesthésie psychique reflète le monde extérieur sous un jour hostile et montre tout sous le mirage de prétendues persécutions et de dangers menaçants. Le sentiment de l'entrave et de l'accablement amène les individus très bornés d'esprit à l'idée qu'ils sont tombés sous le pouvoir de puissances ténébreuses, qu'ils sont ensorcelés. Cette anesthésie psychique qui n'admet plus aucun sentiment humanitaire ni esthétique, fait croire qu'on a perdu les attributs de la dignité humaine, qu'on est transformé en un animal; dans le domaine religieux, par l'absence de consolation dans la prière, par le doute sur la religion, elle mène facilement à l'idée délirante qu'on est abandonné de Dieu, qu'on a compromis le salut de son âme, qu'on est possédé par le démon.

Aux plus hauts degrés de l'anesthésie psychique, lorsque les perceptions sensitives mêmes ne reçoivent plus aucune annotation, le monde extérieur n'apparaît plus que comme un monde d'ombres, un mirage, et éveille de sombres idées délirantes de cataclysme général et individuel.

L'angoisse précordiale et en général les émotions d'attente anxieuse sont des sources particulièrement importantes d'idées délirantes. Elles mènent à l'illusion qu'un danger vous menace réellement. Ce danger peut individuellement s'objectiver par l'idée d'une persécution imaginaire, de la mort imminente, de la perte de sa fortune. Le malade, par suite du sentiment très abaissé qu'il a de lui-même, arrive alors facilement à l'illusion qu'il est un pécheur, un criminel qui mérite ce châtiment. Pour motiver davantage cette croyance, il s'en tient ensuite à un délit quelconque qu'il a réellement commis autrefois; ou bien un acte ou une omission de la vie passée qui n'avait aucun caractère illégal, apparaît à la conscience hyperesthésiée comme une violation de la loi.

Les sensations morbides dans le domaine des nerfs sensitifs (paralgies, anesthésies, névralgies), de même que les anomalies des sens du goût, de l'olfaction, etc., peuvent aussi devenir des idées délirantes par interprétation allégorique.

Les hallucinations aussi constituent une source abondante qui fait naître les idées délirantes. Elles peuvent se produire dans le domaine de tous les sens et transporter le malade dans un monde tout à fait imaginaire.

Le malade qui languit dans une émotion d'attente anxieuse, entend des voix qui lui annoncent une catastrophe imminente, la mort, la prison, la damnation de son âme. Le monde extérieur lui paraît hostile; des mots, des bruits insignifiants se transforment pour lui en menaces, injures, railleries, rires moqueurs.

Les visions de ces malades sont également terrifiantes. Ils se voient entourés de spectres, de diables; ils voient le bourreau qui les attend, des

assassins qui les menacent. Les hallucinations du goût produisent l'illusion que la nourriture est empoisonnée et salie; les hallucinations olfactives font croire qu'on est entouré de cadavres, qu'on se trouve dans les marais de soufre de l'enfer; des sensations névralgico-paralgiques amènent l'illusion qu'on est torturé, hanté par de mauvais esprits.

L'adjonction des idées délirantes et des hallucinations peut, selon la nature de ces dernières, accentuer encore davantage la passivité; ainsi, par exemple, le malade entend des voix qui lui disent que s'il bouge il est perdu; il se voit entouré de précipices; ou bien des réactions désespérées se produisent sous forme de raptus ou de mélancolie agitée.

Observation XII. *Mélancolie avec idées délirantes et hallucinations. Auto-description des phénomènes morbides.* — S..., cinquante-deux ans, marié, fonctionnaire en retraite, né d'une mère adonnée à la boisson. Un frère est mort aliéné, un autre s'est brûlé la cervelle. Le malade, bien portant, sauf typhus dont il fut atteint en 1868; il était viveur, franc buveur; eut en 1877 un accès de delirium tremens; à partir de ce moment, il s'est modéré pour les boissons jusqu'au mois d'août 1881. Alors il eut beaucoup de soucis et de contrariétés et, à la suite du chagrin que lui causa une spéculation manquée, il se remit à boire. Il y gagna un catarrhe gastrique chronique, sa nutrition diminua; il souffrait de congestions, avait un sommeil troublé. Au mois d'avril le malade est devenu déprimé, triste, irritable; il se faisait des reproches à cause de sa vie légère et de ses mauvaises affaires, s'accusait d'impuissance et prétendait que pour cette dernière faute il serait traduit devant un conseil de guerre. Il prévoyait sa mort honteuse et conseillait à sa femme de se remarier aussitôt qu'elle serait débarrassée de lui.

Le malade était tout bouleversé; il était hanté par l'angoisse précordiale, ne vivait que dans des émotions d'attente anxieuse, tressaillait toutes les fois que la porte s'ouvrait, croyant qu'on venait le prendre pour l'emmener devant le tribunal; il s'attendait à ce que, à cause de son impuissance qu'il attribuait à ses excès sexuels et alcooliques, on lui supprima sa pension de retraite, ce qui le réduirait lui et sa famille à mourir de faim. Comme on craignait qu'il ne se suicidât, on l'amena le 30 mai 1881 à la clinique.

Le malade y entre la mine bouleversée et presque paralysé par la peur. Il se plaint de son sort désespéré et du malheur de sa famille, regrette sa liberté, voit l'avenir sans espoir, prend l'hôpital pour une prison préventive, les médecins pour des magistrats, avoue ses péchés et implore sa grâce. Autrefois, bien nourri et solidement bâti, il a dépéri; sa langue est fortement saburrale, son haleine fétide, son estomac gonflé, dilaté. Les selles sont arrêtées et n'ont lieu que sous l'action des médicaments. Le teint est jaunâtre. Le malade est sans appétit, sans sommeil. En traitant le catarrhe intestinal par les moyens diététiques et médicamenteux appropriés, et par l'opium en injections sous-cutanées (jusqu'à 0,15 d'extrait d'opium deux fois par jour), il se produit une rémission considérable, l'appétit et le sommeil s'améliorent, l'angoisse précordiale et les émotions d'attente diminuent, et le malade semble déjà reconnaître sa maladie. Contrairement à l'avis pressant des médecins, le malade est repris le 30 juillet par sa femme pour être soigné au sein de sa famille; alors il est saisi d'une angoisse terrible, fait une tentative de suicide en essayant de se briser la tête d'un coup de marteau; on le ramène en toute hâte à l'asile. A la suite de cet accident, la maladie empire considérablement et tourne à la mélancolie passive, comme état de transition vers la mélancolie avec stupeur. Le malade passe tout l'été

dans un profond état d'entrave anxieuse ; il reste assis dans un coin ; pendant une période il laisse même couler ses excréments sous lui, a besoin d'être contraint pour tous les actes. Il dort peu et dépérit de plus en plus, malgré les meilleurs soins.

Par-ci par-là l'entrave cesse. Le malade cause alors, manifeste des accusations contre lui-même, de la dyesthésie et de l'anesthésie psychiques (humiliation de lui-même, crainte d'être envoyé aux travaux forcés). Avec les bains, l'opium, le traitement diététique du catarrhe intestinal, les symptômes, la dépression, la tristesse, l'entrave s'atténuent vers la fin du mois de novembre. Le malade reprend espoir en l'avenir ; il s'informe de sa famille, reconnait sa maladie, fait acte de critique sur lui-même (sentimentalisme douloureux, traits d'ironie ou plaisanteries cyniques). Vers la fin de décembre la nutrition aussi s'améliore d'une manière frappante. La convalescence psychique suit son cours sans interruption, mais jusqu'en mars 1882 il y eut un état de grande prostration physique, d'épuisement neurasthénique, dont le malade sort parfaitement guéri au physique et au moral au mois d'avril 1882.

Le malade a donné de sa maladie l'auto-biographie suivante qui ne manque pas d'intérêt : « Quand je fus reçu à l'asile je croyais que les gens de la maison portaient mes vêtements, que chaque personne de mon entourage me prenait pour un criminel ; cela ne faisait pour moi pas même l'ombre d'un doute. Je croyais voir pomper dans le puits du jardin non pas de l'eau, mais du mercure. En buvant de l'eau je croyais non seulement sentir l'odeur de l'ammoniaque, mais aussi le poids spécifique du mercure.

« A partir de ce moment mes forces intellectuelles et physiques diminuèrent de plus en plus, de sorte que jusqu'en décembre 1881, le temps a passé sans que j'en aie gardé beaucoup de souvenirs. Pendant ces mois je ne pouvais pas comprendre comment on avait pu me préparer un pareil asile puisque je ne pouvais prétendre qu'aux plus mauvais traitements. Je croyais que je ne méritais pas même de recevoir de l'eau et du pain et pour ce motif je ne voulais ni manger ni aller me coucher. Je croyais avoir perdu tout ce que j'avais possédé, ma famille réduite à la mendicité ; dans mon idée, ma femme qui venait me voir, n'était pas ma véritable épouse, mais une espionne, habillée comme ma femme, et dont on se servait pour m'espionner afin de pouvoir dénoncer mes pensées au directeur de l'asile.

« Pendant des mois entiers je me privai de boire de l'eau fraîche. Ce n'est qu'en faisant ma toilette le matin ou au bain que je profitais des moments où je me croyais inaperçu pour m'humecter d'eau sans m'inquiéter si elle était déjà savonneuse ou si elle était tiède. Au jardin je regardais avec beaucoup de plaisir les eaux de pluie qui s'étaient ramassées dans les creux du sol, et j'avais le désir de les boire. Quand j'étais aux water-closets, j'étais toujours convaincu que j'infectais tout et qu'après moi personne ne pourrait plus s'en servir. Je croyais même le monde entier infecté par moi. J'attendais une extinction complète de la race humaine dont je resterais comme l'unique survivant. Je voyais arriver de jour en jour la fin de tous les aliments. J'étais profondément convaincu qu'on servirait comme derniers aliments les chats qui se trouveraient encore dans l'établissement et que je serais forcé de dévorer avec le poil et la peau le plus gros de ces chats, animal dont j'avais toujours peur. Afin de pouvoir l'avaler sans difficulté j'aurais voulu fendre avec un couteau les coins de ma bouche jusqu'aux oreilles et enlever mes dents, tout cela pour pouvoir engloutir le chat d'un trait. Comme expérience, j'essayais souvent d'introduire par force mon poing crispé dans ma bouche ; mais tous mes efforts restaient vains. Je croyais que le lever et le coucher du soleil ainsi que d'autres phénomènes naturels et météorologiques étaient réglés par le bureau de l'asile. Les journées me paraissaient très courtes, en revanche les nuits excessi-

vement longues. D'après mon calcul nous avions dépassé déjà depuis longtemps le XIXe siècle.

« Ce qui m'occupait le plus, c'était mon ancienne carrière dans la marine. Je croyais avoir détruit toutes les machines des navires et même toute la marine. Je voyais devant moi la mer desséchée et je croyais que j'en avais bu toute l'eau. Je croyais qu'on m'avait demandé compte de cet acte, qu'on avait saisi ma fortune et que mon jugement, travaux forcés à perpétuité, serait prononcé prochainement.

« Je regrettais seulement de n'avoir pas mis fin à mes jours quand il en était encore temps et que j'avais encore le moyen de le faire. Je ne m'aperçus pas du tout que j'étais gravement malade au physique aussi bien qu'au moral. Ce qui me mettait le plus en colère, c'était quand les médecins me disaient que je recouvrerais la santé complètement et que ce n'était qu'une question de temps. L'aspect de l'arbre de Noël n'a pas peu contribué à amener une crise salutaire. Ce n'est qu'à partir de ce moment que j'ai su que nous approchions des jours de fête que j'aimais tant depuis mon enfance. Le voile de pensées tristes commença à se déchirer, mais quelles sensations physiques! C'est à partir de ce moment que je sentis combien mon corps avait dépéri. Chaque pas, chaque mouvement me coûtait les plus grands efforts; parfois j'étais envahi d'une faiblesse telle que je m'affaissais littéralement; mon moral aussi était tellement abattu que pendant des heures entières je ne pouvais m'empêcher de pleurer. »

Observation XIII. *Mélancolie agitante. Succès de la thérapeutique par l'opium.* — Mme Kroell, femme de fonctionnaire, âgée de trente ans, reçue le 14 mai 1875, est née d'un père sujet à des colères violentes. La mère et la sœur de cette dernière de même que le frère de la malade étaient des individus excentriques et des névropathes. La malade était légèrement rachitique, maladive dès son enfance, névropathe, très impressionnable. Elle était somnambule, souffrait de cauchemars, avait des songes très animés, avait, étant jeune fille, des conceptions obsédantes, entre autres celle que pendant qu'elle dormait elle pourrait s'étrangler, ce qui lui faisait éloigner soigneusement tous les rubans; elle avait aussi des impulsions à sauter par la fenêtre.

A l'âge de treize ans, la puberté commença avec malaises chlorotiques et hystériques. Son imagination devint de plus en plus agitée; son caractère excentrique s'accentuait. Elle voulait embrasser la carrière d'actrice; elle essaya, mais son agitation nerveuse l'obligea à y renoncer.

A l'âge de vingt-cinq ans elle s'est mariée. Le mariage, heureux, fut au bout de deux mois assombri par le suicide de sa belle-mère. De méchantes langues prétendaient que la belle-fille en était la cause, et cependant c'était une maladie ingnérissable qui avait poussé la pauvre femme à se donner la mort.

La malade devint enceinte. Le chagrin que lui causait la médisance fut encore augmenté par la mort de deux amis de la famille. En 1871, au mois de février, eut lieu l'accouchement de la malade. L'enfant avait une gueule de loup et une fente du palais et donna bien des préoccupations à sa mère par suite d'une grave maladie.

En 1873, cette femme, si sensible de cœur, apprit des propos malveillants tenus par les parents de son mari qui lui disaient qu'il aurait pu faire un meilleur parti. Cette remarque resta gravée chez elle.

Elle se mit à se creuser la tête pour savoir si cette observation des parents était fondée, si son mari était réellement heureux avec elle. Elle cherchait la solitude et s'abandonnait à ses tristes pensées.

En janvier 1875, elle tomba malade de la diphtérie, elle, son mari et son enfant. Au mois de février, elle eut du rhumatisme articulaire; à la suite de cette maladie,

sentiment de faiblesse, anémie. Plusieurs vols, commis dans la maison, augmentèrent sa nervosité.

Elle se sentait lasse et pourtant agitée. Elle devenait méfiante, très susceptible; elle se sentait de plus en plus indigne de son mari, perdait la joie d'avoir un enfant et de vivre, était d'avis qu'elle rendait son mari malheureux, qu'elle devait lui faire le sacrifice de le débarrasser d'elle en se suicidant. Mais elle se sentait encore trop faible pour exécuter ce projet.

Les nuits se passaient sans sommeil; il se produisait de l'angoisse précordiale, des battements de cœur pénibles, avec manque d'appétit. Elle ne pouvait plus voir personne; les propos amicaux lui faisaient du mal. Elle se sentait méprisée, s'avouait être voleuse, la plus mauvaise marâtre, un monstre indigne de fouler le sol, indigne du meilleur de tous les maris. Seule la mort par le bourreau pourrait lui faire expier son crime.

Quand son mari l'obligeait à faire avec lui une promenade en voiture, elle remarquait comme tout le monde la regardait fixement et puis crachait devant elle pour exprimer son mépris. Elle croyait que c'était son devoir de délivrer son mari d'elle. Elle essaya de se sauver et de se noyer, de se tuer avec un grand couteau de cuisine. Elle prenait pour des expressions de mépris les regards chagrins de son entourage. Quand le médecin refusa de lui donner du poison, elle essaya de s'étrangler. Cette tentative ne réussissant pas, elle enfonça l'armoire aux armes de son mari afin de pouvoir se brûler la cervelle ou se poignarder. Cette tentative ayant aussi échoué, elle se précipita contre les vitres brisées et s'enfonça une épingle dans la poitrine.

Quand on la mettait au lit, elle croyait apercevoir dans la pièce les préparatifs de son exécution, car c'est elle qui a causé tous les malheurs de ce monde. Elle voyait le bourreau dans le médecin qui lui pansait ses blessures. Quand on lui donnait à boire, elle croyait avoir bu le sang du cœur de son mari et de son enfant. Lorsqu'on l'amena en voiture à l'asile d'aliénés, elle croyait être conduite sur une charrette à son exécution. Elle croyait qu'elle devait pendre tout d'abord ses parents et qu'ensuite elle serait exécutée.

Lorsqu'elle fut reçue à l'asile, elle était dans une inquiétude pénible et dans une agitation anxieuse. Elle essaya de s'étrangler, de se mordre, de sorte qu'il fallut la surveiller sans cesse.

Elle est profondément bouleversée, anémique, pouls à 126; elle souffre de névralgie intercostale, constipation. Elle se plaint d'avoir une peur terrible; elle déclare être un monstre, une drôlesse de trottoir.

Le traitement par l'extrait d'opium (injection sous-cutanée, deux fois par jour, 0,05 à 0,1) amène, au bout de quelques jours, du sommeil et une détente dans l'agitation. La malade se plaint que les injections la rendent trop lâche pour pouvoir commettre un suicide, et que cependant c'est le seul moyen de sortir de sa situation.

L'angoisse, de même que les émotions d'attente anxieuse et les idées délirantes nées sur ce terrain s'atténuent peu à peu. Elle déclare qu'elle n'est qu'une pécheresse, et demande à être transportée dans un endroit pour expier son péché.

Le 2 juin, la malade se dégage d'une manière surprenante, se met à s'occuper de travaux, s'informe de sa famille, tout en doutant si les membres de sa famille sont encore en vie. Elle conteste l'authenticité d'une lettre que son mari vient de lui adresser. Elle mange et boit d'une manière satisfaisante. La nutrition se relève, le pouls tombe à 90.

Vers fin juin la malade commence à se rendre compte de sa maladie. Une visite du mari qui eut lieu le 2 juillet, produit un effet favorable; la malade a une compréhension complète de sa maladie. Avec le traitement opiacé, graduellement diminué,

la convalescence continue à progresser sans interruption. Le 10 août 1875, la malade est renvoyée de l'asile guérie. Elle se souvient de sa maladie comme d'un rêve lourd. De la période culminante de la maladie, elle n'a gardé qu'un souvenir sommaire. Le passage suivant pris dans le status retrospectivus mérite encore d'être cité : « Je m'attendais toujours à ce qu'on m'emmène à l'échafaud et j'entendais des choses terribles. J'appris que mon enfant et que mes parents avaient été frappés du knout, j'entendais me jeter à la figure les plus terribles accusations. Je m'avouais coupable de tout et j'attendais ma fin de la main du bourreau, puisque ni en heurtant ma tête contre les murs, ni en me bâillonnant, ni en retenant mon haleine, je ne pouvais réussir à échapper à la mort infamante de l'échafaud.

« Je croyais, quand on me faisait des injections d'opium, que c'était pour me marquer au fer rouge et je conservai pendant longtemps cette idée de même que celle de mon indignité sans bornes. Je rapportais à moi tous les discours de mon entourage; je prenais le bruit de la pompe du puits pour celui que cause la guillotine lors d'une exécution, les cris des malades pour le bruit de la foule qui était venue pour me honnir et me maltraiter au moment de ma marche ultime vers l'exécution. Le bruissement et les bouillonnements que j'avais dans le tête, de même que la sensation de froid qui m'envahissait de temps en temps, me semblaient les signes précurseurs de la mort tant désirée. Plus tard j'ai cru que mon mari et ma famille m'avaient complètement abandonnée ; puis je commençai à comprendre que tout cela n'était que le produit de mon esprit exalté et de mes nerfs surexcités. En revoyant mon mari, les derniers doutes se dissipèrent. »

Dans la mélancolie avec idées délirantes il est, au point de vue pratique, très important de relever certains tableaux cliniques d'idées délirantes très fréquents et présentant des particularités remarquables. Comme tels nous devons citer :

1° *Mélancolie religieuse.*

Le malade dévot par éducation et devenu mélancolique cherche, dans son oppression morale et dans son angoisse, à se retremper par la prière. Mais les sentiments d'édification et de soulagement qu'il en éprouve ordinairement sont entravés, ce qui fait paraître la prière inefficace. Il est épouvanté en s'en apercevant et tombe dans le plus grand désespoir. Il se sait alors abandonné de Dieu, il est convaincu de la perte du salut de son âme. Il a mérité ce sort, car il est pécheur; il s'est trop rarement confessé, il n'a pas assez adoré Dieu.

Pendant la marche consécutive de la maladie il se produit, surtout chez les individus qui manquent d'instruction, et chez qui la privation du ciel et de la grâce divine signifie qu'on est livré à l'enfer et au diable, une accentuation de l'état par l'illusion qu'ils sont possédés par le diable (mélancolie démonomaniaque). Des névralgies, des paralgies, des crampes fréquentes sont la preuve que le Malin a pris possession du corps du pécheur. Elles sont interprétées dans un sens allégorique correspondant : par exemple, la névralgie intercostale est interprétée comme des tentatives du diable pour arracher le cœur; l'anesthésie et la paresthésie, comme l'enlèvement du cœur remplacé par une pierre ; les sensations paralgiques brûlantes de la peau et du gosier, comme les flammes de l'enfer, etc.

Souvent l'illusion démonomaniaque naît dès la première apparition d'une sensation (par exemple boule, paralgie). Des hallucinations (visions du Malin, odeur de soufre, voix criant : maintenant je tiens ton âme, etc), viennent fortifier l'idée délirante. Au plus haut degré de l'illusion démonomaniaque et comme phénomène de réaction, il peut se produire des explosions de désespoir, de raptus, des convulsions, qui, à leur tour, sont perçues dans un sens démonomaniaque, comme l'action d'un être qui pénètre dans le corps et domine l'appareil musculo-moteur.

La démonomanie se termine ordinairement en passant par un stade de mélancolie religieuse avec résignation douloureuse qui par suite peut prendre le caractère de la mélancolie nostalgique.

Observation XIV. *Mélancolie religieuse.* — Mlle Buehler, vingt-huit ans, non mariée, institutrice, a été amenée pour être reçue le 31 juillet 1875. La mère est hystéropathe à un degré très avancé. De tout temps la malade a été nerveuse, facile à effrayer et à offenser, bien douée, mais d'un caractère renfermé. Jusqu'à l'âge de vingt ans elle n'avait pas eu de maladies graves, sauf la variole.

En septembre 1873 elle eut un violent accès de terreur au moment de ses règles. Celles-ci ont cessé immédiatement, sont revenues au bout de deux mois d'une manière profuse et en lui causant beaucoup de douleurs. Elle souffrait alors de lourdeurs, de tremblements dans les extrémités inférieures, de froid aux pieds, de fluxions à la tête. Au mois de février 1874 elle eut toutes sortes d'émotions par suite de ses fiançailles et de l'abandon de sa carrière. Douleurs dans l'occiput, troubles de la circulation (fluxions à la tête en même temps que extrémités glacées).

Au mois de mars survient une profonde dépression psychique. La malade se plaignait d'avoir des pensées tristes ; elle perdait le sommeil ; le monde lui paraissait vide et monotone, rien ne pouvait plus lui faire plaisir ; elle ne pouvait plus faire ses prières. Cette anesthésie psychique trouva sa motivation dans une confession et une communion indignes ; elle considérait son état comme une punition de Dieu pour ce péché, se croyait condamnée par Dieu et éprouvée par la perte de ses facultés mentales.

Cette découverte fut suivie d'explosions de désespoir qui, plus tard, furent remplacées par une sourde résignation et le désespoir de son bonheur et du salut de son âme perdus. Par moment, et régulièrement pendant les menstrues, des accès d'angoisse se produisent au milieu desquels elle entend dire qu'elle est maudite, repoussée ; elle se maudit elle-même, voit son entourage sous des formes et des couleurs transformées, surtout sous forme de diables, et fait des tentatives de suicide.

Elle rendit sa liberté à son fiancé. Elle était irritée contre ses parents au point de se laisser emporter à des explosions de colère quand on ne la laissait pas tranquille. Le sommeil et l'alimentation étaient à peu près passables. Le traitement ne fut qu'une série de maladresses et de bévues ; la famille se traînait aux genoux de la malade, fit même faire des exorcismes ; un prêtre qui voulait faire le métier d'aliéniste, conjurait la malade et exerçait une influence sur elle ; de plus, elle fut traînée dans diverses régions et soumise à un régime homéopathique.

Quand on la reçut à l'asile, elle était très amaigrie, profondément bouleversée, les traits convulsés et grimaçants, la tête baissée.

Le pouls était petit, les extrémités froides, la respiration fréquente, superficielle. Les mains tremblaient, la langue était saburrale. Pas de névralgies. L'utérus était petit, en antéversion légère.

La malade était en proie à une vive inquiétude et à une grande angoisse; elle priait qu'on la laissât tranquille, car son corps est sain, mais l'âme est morte. Opinion d'elle-même très abaissée; elle ne voulait plus être appelée par son nom, mais simplement désignée par un numéro. Elle s'épanchait en de nombreuses accusations contre elle-même. Elle a manqué dans sa confession, a caché sa vanité et son orgueil; elle a péché par malignité d'esprit, elle a, en état de péché, reçu la sainte communion, souillé la divinité, commis un vol divin. Maintenant elle est torturée dans son âme tant que son corps en périra. Cela la ronge de plus en plus jusqu'à ce que le jour du châtiment arrive. Son âme brûle dans son corps comme un fil de fer chauffé à blanc. Elle porte en elle le jugement spirituel; une rage d'âme a fait explosion en elle; elle vit dans une colère et dans une haine continuelles; que l'heure soit maudite où elle est venue au monde! Chacune de ses respirations, chaque battement de son pouls est un péché en même temps qu'une punition.

L'état intellectuel de la malade pendant l'apogée de la maladie se reflète bien dans le passage suivant d'une lettre adressée au médecin : « C'est en vain que vous cherchez en moi une aliénée. L'état de mon âme chargée de péchés et d'expiations est sans salut, par ma propre faute elle constitue maintenant le plus terrible jugement de Dieu. Je suis et je reste le seul être humain qui, animé d'une outrecuidance spirituelle et d'une méchanceté contre nature, s'est, tout enfant, permis de s'élever au-dessus de toutes les lois humaines et divines et qui a été abaissé et jeté dans les plus profondes ténèbres. La crainte des hommes et la fausse honte m'ont entraînée de plus en plus bas, de sorte que, au lieu d'obtenir les secours de la grâce et les secours spirituels invisibles, je n'arrivais qu'à augmenter mes péchés et mon châtiment. Sous l'apparence de l'innocence enfantine, je suis devenue un monstre sans Dieu, qui a commis tant de vols envers la divinité que la mesure est pleine et que maintenant les châtiments de l'âme, les tortures, le sentiment de la punition et de la mort éternelle sont si grands que je ne suis plus capable de les cacher. Sans secours, sans appui et abandonnée, puisqu'en secret je n'ai sacrifié qu'au vice, maintenant, mon corps, chargé de malédictions, est aussi sans secours et toujours sous les lois du châtiment. Un retour est devenu impossible pour jamais, car mon corps et mon âme ont été privés de tout ce qui est humain et nécessaire. Je veux rester ici (dans l'asile) pour pouvoir supporter la vie terrestre où il y a tant de gens malheureux, coupables et punis par leur propre faute. Pour moi, tout est perdu. Donnez vos remèdes à ceux qui vous en demandent et qui en ont besoin; quant à moi, qui ai agi d'une manière scélérate contre le bonheur et la vie de mes parents et contre moi-même, reléguez-moi dans un cachot plein de désespoir, jusqu'à ce que mon horrible corps crève dans la putréfaction. Je n'ai besoin ni de soins ni de surveillance, puisque chacun devrait, pris de dégoût, se détourner de l'impie et puis qu'il est impossible que j'échappe au jugement de Dieu. »

L'hyperesthésie psychique et la fréquente angoisse précordiale étaient une indication du traitement opiacé. En outre, on prescrivit des frictions, des bains tièdes et du fer.

Quand on arrive aux injections sous-cutanées d'opium aux doses de 0,15 à 0,2 données deux fois par jour, la malade devient plus calme, plus résignée, dort bien et la nutrition se relève. Elle commence de nouveau à se débarbouiller et à soigner sa toilette. On réussit même à lui créer un dérivatif en lui donnant une occupation. L'illusion est reléguée au second plan; les explosions de désespoir anxieux qui provoquent de nouveau le délire et pendant lesquelles elle demande à être envoyée en prison et désespère de sa réconciliation avec Dieu, se produisent plus rarement et ne se manifestent finalement qu'à l'époque des règles. Celles-ci sont toujours accom-

pagnées de douleurs de dos et de ventre. Il y a souvent aussi de la névralgie intercostale, mais sans interprétations psychiques, une douleur vive à l'occiput, sensations d'absence du crâne, sans cependant qu'on puisse déceler chez elle une anesthésie proprement dite.

Au cours de l'année 1876, l'amélioration fait des progrès considérables. La malade, il est vrai, a encore pendant longtemps la mine bouleversée, est déprimée; elle ne veut plus aller dans le monde, repousse la religion, les membres de sa famille, désespère de la miséricorde divine. Enfin il est possible d'opérer un rapprochement entre elle et sa famille. La malade rend des services aux autres malades; on réussit peu à peu à l'attirer dans la société. Au physique elle est rétablie vers la fin de 1876; l'opium est devenu inutile déjà depuis longtemps. Au commencement de 1877, elle fait preuve d'une compréhension de sa propre maladie, mais elle a toujours une grande peur de l'Eglise et de la religion; elle craint le retour dans le monde. Enfin elle surmonte aussi ces résidus de la maladie. Le 2 avril 1877, la malade rentre guérie dans sa famille. Elle a retrouvé sa paix avec Dieu et le monde.

Observation XV. *Mélancolie démonomaniaque.* — Rasch, quarante-deux ans, garçon de ferme, célibataire, reçu le 5 février 1881, est né d'un père ivrogne, mort aliéné. Un frère est idiot. Le malade, autrefois bien portant, avait beaucoup de peine à maintenir sa ferme endettée; il la perdit en 1879 et fut obligé d'aller en condition; il en conçut un profond chagrin; il fut obligé de travailler durement, devint faible, sans appétit, triste, mélancolique, déprimé (août 1880). L'angoisse précordiale apparaît. Le poids de ses péchés lui pèse lourdement, il essaye de se soulager par la prière et la confession. Il n'y réussit point. Il s'accusait de s'être confessé et d'avoir reçu la communion alors qu'il en était indigne. En janvier 1881, il s'aperçut que Dieu l'avait abandonné et que le diable lui avait jeté un sort parce qu'il avait commis de graves péchés. Il sentait alors le diable lui monter à la gorge (boule), devint désespéré et eut des idées de suicide. Lorsqu'il fut reçu à l'asile, on constata chez lui un catarrhe gastrique chronique, de l'emphysème, une nutrition très abaissée. Il sent l'oppression de ses péchés, demande un prêtre, projette de se couper la gorge parce qu'il sent le diable dedans.

La confession suivante, datée du 22 février 1881, caractérise son état mental dans les premiers temps de son entrée à l'asile : « Mon âme a été trop chargée de péchés de sorte qu'en sentant ma conscience je suis devenu incertain et pusillanime; j'ai pensé en moi-même que le bon Dieu ne me pardonnerait jamais; cependant j'aimais à aller encore à confesse, mais je n'y étais jamais suffisamment préparé, ou je ne confessais pas sincèrement tout ce que j'avais à dire, ou je n'éprouvais aucun repentir de ce dont je m'accusais. Ainsi Dieu m'a éprouvé par la peur et par l'angoisse cardiaque pour me châtier de mes nombreuses confessions et communions mauvaises. C'est aussi pour cette même raison que Satan se trouve dans ma poitrine, car il y avait toujours de l'inquiétude dans mon cœur. Beaucoup d'idées me tourmentent la tête et dans mon cœur il n'y a point de repos. Ces pensées graves me rendent tout à fait fou. Je désire un prêtre pour m'aider au salut de mon âme, car je crains que plus tard tout cela s'aggrave. J'ai été un homme bien méchant et bien malin. Que la bonté et la miséricorde de Dieu soient encore une fois sur moi et sur nous tous ensemble. »

Avec le traitement opiacé, les bains, la bonne nourriture et le vin, l'angoisse précordiale s'atténue bientôt. Le malade devient plus calme, passe des nuits à peu près supportables, se déclare malade au moral, compte sur la miséricorde divine et sur sa guérison, et ne manifeste plus d'idées démonomaniaques.

Au commencement du mois d'avril le malade voit s'exacerber de nouveau les

symptômes d'angoisse précordiale, de boule et les sensations paralgiques dans la poitrine. Il est maintenant tout à fait en la possession du diable qui l'étrangle à la gorge (boule), le tiraille dans tous les sens (paralgies), travaille d'une manière terrible dans sa poitrine et lui oppresse le cœur (oppression précordiale). Il est souvent désespéré, et s'attend d'un moment à l'autre à ce que le Malin l'enlève et l'emporte en enfer. Souvent et surtout à l'apogée de son oppression anxieuse, il éprouve l'impulsion à maudire et à blasphémer Dieu.

En accentuant le traitement opiacé, qu'on cesse peut-être trop tôt, on ramène le tableau clinique de la démonomanie à celui de la mélancolie religieuse, forme plus bénigne.

Il s'est confessé, a communié étant en état d'indignité, car il n'en a éprouvé aucun soulagement (anesthésie psychique) ; par là il a commis un vol à la divinité, il ne peut plus compter sur le salut de son âme, sa conscience lui pèse lourdement (anxiété précordiale). S'il pouvait seulement purifier sa conscience ! Les sensations paralgiques dans la gorge et dans la poitrine, autrefois interprétées dans un sens démonomaniaque, ne lui semblent plus que le ver rongeur du remords. Il prie qu'on lui ouvre avec un couteau la poitrine afin d'en retirer le ver du remords. La fin de l'année 1881 amène avec une amélioration de l'état physique un heureux revirement dans le tableau de la maladie. Les sensations et avec elles les illusions qui s'y rattachent disparaissent ; de même l'anesthésie psychique et l'angoisse précordiale. Le malade se met à travailler, essaie de faire sa prière et se sent soulagé. Après une période de nostalgie douloureuse, la psychose se termine par la guérison ; et, au milieu de juillet 1882, le malade complètement guéri peut être renvoyé de l'asile.

2° — *Mélancolie hypocondriaque.*

Dans certains cas de mélancolie, l'attention du malade qui est triste et déprimé, est occupée par des troubles qui se manifestent vivement dans la sensibilité générale et orientée vers les phénomènes qui se produisent dans son propre corps. Il arrive alors facilement qu'il cherche et trouve la cause de sa dépression dans ces troubles physiques, bien que ceux-ci ne soient que des symptômes accessoires et non pas les causes de sa tristesse mélancolique. Comme dans les autres variétés de la mélancolie, il essaie pour cette raison d'expliquer les processus morbides, essais donnant lieu à la naissance des idées délirantes. Mais ici ces idées ne sont nullement basées sur des rapports imaginaires avec le monde extérieur ; elles ont pour sujet une conception délirante basée sur l'état physique ou sur ce qui se passe dans le corps. Cette variété hypocondriaque du tableau de la mélancolie se produit très facilement, surtout quand des maladies gastro-intestinales ou sexuelles constituent ou une cause ou une complication de la psychose. Une forme clinique très fréquente de la mélancolie hypocondriaque est la mélancolie syphilophobique.

La cause en est dans les altérations morbides qui se sont produites autrefois aux parties génitales ou qui existent encore, mais qui, selon les circonstances, peuvent avoir un caractère tout à fait bénin. Il faut cependant relever comme un fait digne d'être remarqué la fréquence de cette syphilophobie chez les individus réellement syphilitiques ou chez les gens suspects de

syphilis. La chlorose syphilitique ou l'anémie survenant à la suite des cures mercurielles ou iodurées paraissent importantes au point de vue étiologique.

Comme variété nous devrions citer encore la mélancolie hydrophobique. Le malade objective les troubles de sa sensibilité générale et son oppression anxieuse, avec l'illusion qu'il est infecté du poison de la rage ; il vit dans la crainte de voir éclater cette maladie terrible ou de communiquer l'infection à autrui.

Pendant l'agitation anxieuse des spasmes et des réflexes du pharynx peuvent même se produire. Une morsure de chien réelle datant de plusieurs années ou un incident tout à fait insignifiant sont souvent utilisés pour motiver l'idée délirante.

Observation XVI. *Mélancolie syphilophobique chez un syphilitique.* — F..., trente-trois ans, journalier, célibataire, prédisposé héréditairement, a été infecté il y a plusieurs années. Aucun traitement radical n'a eu lieu. Il souffrait de larges condylones à l'anus. A l'automne 1873 se produisit une éruption roséolique que les médecins déclarèrent de nature syphilitique et qu'ils traitèrent en conséquence. Le malade dépérissait, devenait déprimé, peureux, croyait qu'il lui fallait mourir, se sentait abattu, tourmenté d'angoisse cardiaque. Il priait beaucoup pour que son âme ne fût aussi perdue. Au commencement du mois de mai, il entendait des voix disant qu'il était perdu, inguérissable, et qu'il infectait aussi d'autres personnes. Des accès d'angoisse ayant le caractère d'un raptus se produisirent, accès pendant lesquels il se livrait à des actes de violence. Le 1er janvier 1874, lors de sa réception à l'asile, le malade était profondément déprimé, rempli de l'inquiétude qu'avec son corps pourri il allait infecter tout le monde. Il regarde sans cesse ses parties génitales, craint qu'on ne les lui coupe, attend sa mort par pourriture et décomposition, croit que le salut de son âme est également perdu.

Il vit dans des émotions d'attente terribles, a besoin d'être contraint pour prendre quelque nourriture. Au physique, leptocéphalie, grande anémie, nutrition abaissée, gonflement indolent des ganglions cervicaux. Du reste pas de traces de syphilis. Le malade prend chaque jour 4 grammes d'iodure de potassium, et deux fois par jour 20 à 45 gouttes de laudanum. Sous l'action de ce traitement la tension anxieuse disparait avec une rapidité étonnante. Le malade devient plus dégagé dans sa mine, espère guérir, commence à travailler et se remet au physique. Le 15 juillet 1879 on le renvoie guéri. Les ganglions cervicaux restent tuméfiés comme auparavant.

II. — Mélancolie avec stupeur ou attonita ou stupide[1]

Comme forme clinique plus grave de la mélancolie, forme caractérisée par un trouble plus profond de la conscience, par une contrainte complète des processus psychiques et par l'adjonction de troubles psycho-moteurs particuliers, nous citerons la mélancolie avec stupeur.

[1] Littérature : Baillarger, *Annal. méd. psych.*, 1843. — Aubanel. *Ib.*, 1853. — Baillarger. *Ib.*, 1853. — Delasiauve, *Ib.*, 1843, oct. — Dagonnet, *Ib.*, 1872. — Berthier, *Ib.*, 1869, juillet. — Cullere, *Ib.*, 1873. — Newington, *Journ. of ment. science*, oct. 1874. — Frigerio. *Archiv. ital.*, 1874, mars. — Legrand du Saulle, *Gaz. des Hôp.*, 1869, 128, 130, 131. — Judée, *Ib.* 1870. — Maudsley, *Lancet*, 1866, 14 avril.

Les malades sont tout à fait absorbés en eux-mêmes, paraissent tout à fait hors du monde réel et dénués de toute volonté. Ils ressemblent extérieurement aux idiots; en effet, les observateurs anciens, jusqu'à Baillarger, ont confondu cet état avec l'imbécillité primaire et la stupeur. Baillarger fut le premier à reconnaître la nature mélancolique de cette maladie en décelant les délires mélancoliques et en montrant que l'absence apparente de volonté chez les malades doit être envisagée comme le degré le plus avancé de l'entrave psycho-motrice.

Le tableau morbide ne se développe que rarement comme forme primaire ; ce mode d'origine, si jamais il a lieu, semble avoir pour causes : un cerveau particulièrement affaibli ou vulnérable (typhus, puerperium) et un phénomène accidentel brusque, mais agissant d'une manière intense (choc émotif, effroi, etc.) ; ordinairement elle apparaît secondairement et succède peu à peu à une mélancolie simple, et, dans la plupart des cas, par suite d'une explosion impétueuse d'angoisse, de désespoir, ou à la suite d'un acte de violence.

Par suite de la suppression de toute possibilité de réaction le trouble de l'intelligence paraît chez ces malades beaucoup plus considérable qu'il ne l'est en réalité. Un observateur attentif reconnaîtra au froncement des sourcils, au clignotement des yeux, au regard anxieux, une intention de se retirer qui, il est vrai, ne produit qu'une plus forte contraction des muscles, pendant que le corps reste immobile ; les perceptions venant du monde extérieur subsistent toujours.

Le fait que les malades gardent au moins un souvenir sommaire de cette période de leur maladie, que parfois ils s'en rappellent même les détails les plus minutieux, prouve que leur stupeur ne peut être considérable.

Etant donné leur incapacité à communiquer leurs impressions, on n'est renseigné que pendant la convalescence sur les événements psychiques intérieurs qui se produisent pendant cet étrange état d'entrave douloureuse.

Loin d'être comme une table rase, les malades racontent les hallucinations et les délires plastiques et terrifiants auxquels ils étaient en proie ; ils font la description des images horribles de tortures mortelles, d'exécutions capitales, du massacre de leur famille et de leurs amis, de la fin du monde. Dans les cas plus graves, leur vie intérieure était devenue un véritable état crépusculaire pendant lequel ils n'éprouvaient que d'une manière confuse, nébuleuse et hostile les impressions objectives extérieures ; une angoisse terrible, vague, sans sujet, mais paralysant toute énergie, avait captivé la conscience et les sens, et rendait impossible toute réaction motrice en même temps que la conviction terrible de ne plus pouvoir être capable de rien, de vouloir même, décuplait la terreur. Par suite de cet état de la conscience, les malades apparaissent avec une mine étonnée, anxieuse, rigide comme un masque, sans réaction, et cloués comme des statues immobiles à la même place.

L'attitude est affaissée, les muscles sont tendus et dans une légère contracture de flexion (tétanie) qui, lors de l'intervention extérieure dans la

passivité du malade, prend une résistance énorme qu'on ne saurait surmonter qu'en déployant une force excessive.

Dans quelques cas plus rares, les muscles n'ont pas cette rigidité ni cette position fléchie. Ils n'opposent pas de résistance aux mouvements passifs, mais ils restent pendant longtemps dans la position qu'on leur a imprimée (état cataleptiforme), sans cependant présenter la flexibilitas cerea. Dans un petit nombre de cas celle-ci peut se produire (catalepsie).

Comme phénomène partiel de l'entrave psycho-motrice générale, il se produit de la mutité.

Sous le rapport de la sensibilité, l'état de ces malades est difficile à étudier, car ils ne peuvent pas parler, et de plus ils sont entravés dans leurs réactions. Dans la plupart des cas, la sensibilité est probablement conservée ; il n'y a que la manifestation de la douleur qui est empêchée ; dans quelques cas même, il existe temporairement de l'hyperesthésie ; dans quelques cas rares et particulièrement graves, il y a une anesthésie due probablement à des causes centrales.

L'action du cœur est ordinairement accélérée, le pouls petit, l'artère est contractée, en forme de fil de fer. Le turgor vitalis manque ; la peau est sèche, dure ; les malades paraissent plus vieux que leur âge. La respiration est ralentie, superficielle, et par conséquent insuffisante ; la température du corps est au-dessous de la normale[1]; les sécrétions sont diminuées ; les règles manquent.

La nutrition baisse considérablement. Pour les alimenter, on se heurte à une résistance passive, qui souvent oblige à recourir à la force. Presque constamment il y a une constipation qui souvent est très rebelle. Dans les cas plus graves, et quand la marche prend une tournure plutôt défavorable, Dagonet a observé aussi de la salivation.

Si la maladie prend une allure défavorable, la rigidité des traits et des membres se relâche peu à peu et fait place à une mollesse avec quelques contractures partielles qui dénotent encore l'état précédent. Le malade s'abrutit, devient constamment malpropre, sa nutrition se relève, le pouls devient lent ; il se produit du froid, de la cyanose, et de l'œdème des extrémités.

La marche est rémittente et exacerbante. Les périodes d'atténuation de l'entrave pendant lesquelles le malade, par des gémissements et des paroles, à voix basse et hésitante, il est vrai, peut se faire comprendre et pendant lesquelles il déploie aussi une certaine spontanéité, par exemple pour manger, alternent avec des périodes d'immobilité complète et d'entrave revêtant la forme de la stupeur.

Soudain, au milieu de la plus profonde contrainte, ces malades peuvent se livrer à des blessures sur eux-mêmes ou se livrer à des attaques contre leur entourage, actes qui revêtent les allures d'un raptus ; ces explosions se produisent ordinairement quand le malade, au milieu de sa passivité dou-

[1] Lamoure, *De l'abaissement de la température dans la lypémanie avec stupeur*, thèse de Paris.

loureuse, est troublé par les exigences du traitement et de l'alimentation.

Les constatations anatomiques sont : anémie, engorgement veineux et œdème de la pie-mère et du cerveau. Dans les cas qui ont tendance à tourner à l'imbécillité, on trouve aussi de l'atrophie de l'écorce. Ces altérations de l'organe psychique, qui tout d'abord se manifestent sous forme d'anémie, plus tard sous forme de dégénérescence, répondent à des troubles profonds de la nutrition de ce même organe, troubles qui probablement sont tout d'abord provoqués par une crampe vasculaire, plus tard par une paralysie vasculaire, l'affaiblissement de l'action du cœur et l'hydrémie.

Observation XVII. *Mélancolie avec stupeur. Tétanie.* — Gaudentius, vingt-deux ans, frère lai dans un couvent, d'une famille saine, est devenu mélancolique vers le 15 octobre 1875 et a été amené à la clinique le 14 novembre 1875. Le malade n'a jamais eu de maladie grave autrefois. Ayant un goût particulier pour l'état monastique, il est entré, il y a quelque temps, dans un couvent, mais il en éprouva bientôt une forte déception. Vers le milieu du mois d'octobre, il se fit remarquer par son attitude taciturne, son abandon habituel aux rêvasseries sombres, son dégoût à travailler et à manger. Il devint muet, peureux, et refusa la nourriture. On l'amena à Gratz.

Le malade, au moment de son entrée à l'asile, paraît très anémique, sa nutrition paraît avoir beaucoup baissé. Le corps est de taille moyenne, grêle; le crâne est un peu bombé dans ses parties latérales, faiblement rachitique; les pupilles sont larges, réagissent avec paresse; le pouls est très lent, l'artère contractée. Névralgies intercostales très étendues.

Constipation. La conscience est profondément troublée, dans une sorte d'état de rêve. La mine est douloureusement tirée, rigide. Le malade se couche en se blottissant dans son lit, dans un état de contracture tétanique générale; les yeux sont fermés. Il ne parle pas, sauf pour dire qu'il lui est défendu de parler.

Parfois, il pousse un soupir. La respiration est superficielle, les téguments cutanés sont secs, frais et légèrement cyanotiques. Le malade oppose une grande résistance passive. On est obligé de le forcer à manger. Le traitement consiste d'abord en repos au lit, fer, frictions, vin et bonne nourriture.

Une tentative pour supprimer la contraction morbide des artères avec l'azotite d'amyle ne donne que peu de résultat. La crampe vasculaire ne se résout pas et la fréquence du pouls, tombée à 54, ne monte que passagèrement à 70. Le malade conserve un trouble profond de la conscience avec tétanie. Seuls la mine tirée douloureusement et un soupir poussé de temps en temps indiquent l'état douloureux de la conscience. Par moment, le malade devient anxieux, inquiet, se cache dessous son lit, s'agenouille à côté de son chevet, demandant pardon.

Il dort peu, dépérit; il se produit même du décubitus au sacrum et aux crêtes iliaques. Il laisse couler sous lui son urine et ses selles. Tandis que le malade est stupide et passif dans la journée et refuse la nourriture, au cours du mois de janvier 1876, il saute pendant les nuits de son lit, tâtonne à droite et à gauche, cherche des aliments et mange avec avidité les plats qu'à dessein on lui a rendu accessibles.

Au commencement de mars 1876, le malade devient plus dégagé au point de vue psychique et moteur, en même temps que sa nutrition s'améliore. Il s'isole encore d'une manière farouche de son entourage, est encore profondément endolori et implore souvent son pardon.

Au mois d'avril ces symptômes mélancoliques disparaissent, le pouls devient plus mou, plus plein et s'accélère. Le malade ouvre les yeux, commence à parler, à s'occuper, devient propre, se débarbouille lui-même et fait sa toilette. Pendant longtemps encore il est très entravé au point de vue moteur, fixe ses regards, comme dans un rêve, devant lui. Au mois de mai il se prête enfin à un examen. Il sait seulement qu'il fut saisi d'angoisse, frappé d'insomnie, que tout devint confus dans sa tête, qu'il avait peur d'être assassiné pour de prétendus grands péchés. De son entrée à l'asile jusqu'à la fin de mars 1876, il n'a qu'un souvenir obscur : il éprouvait une grande terreur et ne pouvait pas bouger. Il lui semble qu'il a passé tout ce temps à dormir. La convalescence suit son cours sans interruption ; vers la fin de septembre 1876, le malade est renvoyé guéri.

Marche et terminaisons de la mélancolie.

Il faut soigneusement séparer de la mélancolie comme forme morbide les états mélancoliques qui peuvent se rencontrer dans les différentes névroses et psychoses comme trouble prodromique ou intercurrent dans le tableau fondamental de la maladie.

Des symptômes mélancoliques se rencontrent très souvent comme phénomène prodromique dans la manie, comme phénomène intercurrent dans la démence sénile paralytique, chez les épileptiques, les hystériques, les hypocondriaques, les neurasthéniques, parfois aussi dans la paranoïa. Seule la mélancolie comme forme morbide peut être l'objet d'une étude clinique à part.

La marche de la mélancolie est continue, subaiguë ou chronique. Quand la marche est subaiguë, le tableau morbide arrive rapidement à son apogée, et l'angoisse précordiale, les idées délirantes, les hallucinations se manifestent très tôt. Quand la maladie prend une marche chronique, le développement est lent. Le tableau morbide peut rester pendant des semaines et des mois dans le cadre d'une mélancolie sine delirio ; l'adjonction de l'angoisse précordiale et l'intensité que prend cette dernière constituent alors une seconde phase jusqu'à ce qu'enfin les idées délirantes, souvent aussi les hallucinations amènent la maladie à l'apogée de son développement. Elle s'y maintient ordinairement pendant des mois.

L'aliénation mélancolique présente des rémissions et des exacerbations à toutes ses phases. Elles sont causées en partie par des faits organiques, en partie par des faits psychologiques. Presque constamment les rémissions arrivent l'après-midi et le soir, les exacerbations le matin. La cause en est que, ordinairement, l'angoisse précordiale, au cours de la journée, perd de son intensité.

La terminaison de la maladie est lente et non pas subite, du moins dans les folies mélancoliques chroniques et essentielles. Les rémissions deviennent plus profondes et d'une plus longue durée, le sommeil et la nutrition s'améliorent, le malade commence à mettre en doute la réalité de ses idées délirantes et de ses hallucinations, tandis que celles-ci disparaissent peu à peu.

Dans certains cas rares, on a observé dans la mélancolie avec stupeur une résolution de la maladie au bout de quelques jours, avec des symptômes indiquant un rétablissement des conditions normales de la circulation et une résorption probable des œdèmes.

La durée totale de la mélancolie comme forme morbide atteint des mois et même des années.

Le pronostic est favorable si l'on tient compte des nombreux cas légers qui se présentent en dehors des asiles. Beaucoup de ces cas s'arrêtent à la mélancolie sine delirio ou précordiale et arrivent ensuite à la guérison sans que jamais des idées délirantes ou des hallucinations se soient manifestées.

Les états de mélancolie simple, quand ils passent à la mélancolie avec stupeur, sont d'un pronostic plus grave. Cet état de profonde entrave psychique passe facilement à la débilité psychique. Cette conséquence est encore plus à craindre dans les états de véritable mélancolie avec stupeur qui doit être, au point de vue du pronostic, considérée comme la forme la plus grave, mais qui, chez les individus jeunes, quand un traitement bien approprié intervient à temps, donne souvent des résultats favorables.

En général, la mélancolie active qui, d'ailleurs, suit plutôt une marche subaiguë, permet un pronostic plus favorable que les cas de mélancolie passive ; mais dans la première, surtout lorsqu'il s'agit de gens âgés, l'inanition et l'épuisement menacent le malade.

Outre la terminaison par la guérison, qui se produit dans environ 6 p. 100 des cas de la pratique des asiles, outre la terminaison fatale qui se produit parfois par épuisement, par diarrhées colliquatives (à la suite de stases veineuses dans la muqueuse intestinale), par la tuberculose pulmonaire, suite d'une nutrition profondément troublée et aussi, ce qui est plus rare, par une paralysie cérébrale progressive, il faut encore faire mention de la terminaison par un état de faiblesse psychique. La terminaison d'une mélancolie qui n'est pas arrivée à résolution peut être une folie secondaire ou l'imbécillité. Ce dernier état est assez souvent le dénouement direct de la mélancolie avec stupeur, tandis qu'on observe plus souvent de la démence quand la mélancolie simple a une terminaison défavorable.

Thérapeutique.

On peut établir pour le traitement des mélancoliques les principes généraux suivants :

1° Il faut procurer au malade un repos physique et intellectuel absolu, écarter du cerveau toutes les excitations, qu'elles consistent en prétendues distractions ou en admonestations, consolations de la religion, etc., et se bien rappeler que les influences qui dans les conditions normales produiraient des impressions joyeuses ne font ici qu'augmenter la douleur psychique.

Cette indication est d'autant plus importante que l'hyperesthésie psychique

est plus aiguë et le cas plus aigu. Pour la plupart des mélancoliques le repos au lit est la prescription médicale la plus importante et la plus bienfaisante. Surtout pour les mélancoliques par anémie cérébrale, il n'y a pas de meilleur calmant.

2° Il faut surveiller le malade, le protéger contre lui-même et protéger la société contre lui. Chaque mélancolique est susceptible de faire subitement une tentative contre sa vie; il est aussi dangereux pour le public. La surveillance doit être exercée sans cesse. La ruse et la persévérance que ces malades déploient pour pouvoir réaliser leur idée de suicide sont souvent étonnantes. La camisole de force ne présente aucune garantie contre le suicide [1].

3° Surveiller l'état des forces et l'alimentation.

L'insomnie, les émotions, la prise irrégulière des aliments, quand l'assimilation est souvent troublée par des affections catarrhales des voies digestives, prédisposent à l'inanition, à l'épuisement, à la tuberculose, si le terrain est préparé pour cette dernière maladie. Voilà pourquoi il faut donner aux malades de cette catégorie une nourriture substantielle, facile à digérer et riche en protéine.

Souvent cette indication ne peut être suivie qu'avec beaucoup de difficultés à cause de l'aversion du malade pour la nourriture. Pour combattre rationnellement cette aversion, il est nécessaire d'en connaître les motifs. Les causes du refus de nourriture peuvent être variées.

Parfois il s'agit simplement d'un catarrhe de la bouche, gastrique ou intestinal, et l'on n'a qu'à combattre ces malaises par un traitement médical approprié pour faire disparaître l'horreur des aliments ; souvent aussi la cause réside dans une constipation intense et le traitement par évacuation mène rapidement au but. Mais plus souvent le motif du refus est purement psychique.

Dans certains cas, surtout quand la mélancolie atteint des individus bornés d'esprit dès leur enfance, l'horreur de la nourriture vient simplement du désir de se mettre en opposition avec le monde extérieur qui fait sur le malade une impression douloureuse et hostile. Si l'on ne fait pas attention à cette velléité d'opposition, la résistance est d'habitude bientôt vaincue ; ou bien on réussit à nourrir suffisamment le malade en mettant comme par hasard des aliments à sa portée, en les laissant comme par oubli, ce qui le met dans la possibilité de les prendre sans être vu.

Dans la mélancolie attonita, le refus de nourriture est la conséquence du trouble de la perception et de l'entrave psychique générale. Le malade périra simplement de faim, parce qu'il ne peut plus reconnaître ses besoins matériels, ni former de conceptions à ce sujet, ni les retenir et en faire les motifs d'un acte. Souvent dans ce cas une invitation énergique ne suffit pas pour décider le malade à prendre de la nourriture ; si une intervention active est nécessaire, la résistance est ordinairement facile à vaincre à l'aide d'une cuillère ou d'une tasse à bec.

[1] Neumann, *Lehrb*, p. 203.

Chez certains mélancoliques qui repoussent la nourriture, il s'agit de motifs religieux, d'une idée de péché, d'une impulsion à faire pénitence, etc.; souvent on rencontre aussi comme motifs des conceptions nées d'une profonde humiliation de soi-même, on ne se sent plus digne de prendre de la nourriture, on croit en priver des malheureux ou des personnes plus dignes; ou bien il existe un délire nihiliste faisant croire au malade que rien n'existe plus, que tout a péri, qu'il n'est plus capable de rien payer.

Chez d'autres des hallucinations de l'odorat et du goût et le délire de l'empoisonnement ou de la souillure de la nourriture qui en résulte, font refuser toute alimentation.

Dans la mélancolie hypocondriaque, les troubles de la sensibilité générale et les idées délirantes qui se produisent, qu'on a par exemple la bouche et l'anus fermés, les intestins obstrués, que le corps est mort, les organes pourris, que l'estomac a disparu, peuvent devenir la cause du refus de nourriture. Parfois le malade, en renonçant à toute nourriture, obéit à l'ordre de voix impérieuses; plus rarement il cherche à mettre fin à ses jours par la faim. Quand des idées délirantes, des hallucinations ou le dégoût de la vie sont en jeu, il est souvent impossible d'éviter la nutrition par force.

4° Il faut combattre par des moyens appropriés l'insomnie qui est très fatigante et qui favorise la naissance des idées délirantes. La morphine donne dans ce cas peu de résultats; le chloral agit mieux, mais on ne peut pas le donner aussi longtemps que l'on veut; l'opium, de même que le sulfonal et le trional, valent beaucoup mieux. Les bains tièdes, notamment les bains prolongés, les bains de moutarde, les enveloppements de Priessnitz favorisent beaucoup l'action du remède. Chez les anémiques, les spiritueux, notamment la bière forte, amènent souvent un bon effet soporifique; il est recommandable aussi dans ce cas de faire prendre le principal repas dans la soirée.

5° Emploi des remèdes exigés par les symptômes et qui ont fait leur preuve par voie empirique. En première ligne on a les bains tièdes à 26° ou 28°, qui, selon les circonstances, doivent être prolongés pendant des heures entières, et ensuite l'opium. L'emploi de ce dernier est surtout indiqué dans la mélancolie agitante et précordiale, ensuite dans les cas à base anémique et alcoolique, quand la maladie est récente et enfin quand l'individu atteint est du sexe féminin. Il faut commencer par des doses de 0,03 qu'on donne deux fois par jour et augmenter rapidement, environ de 0,01 à chaque dose.

L'effet favorable de ce remède, employé à propos, se manifeste ordinairement au bout de peu de temps par le rétablissement du sommeil et du calme. Les effets toxiques sont rares, la constipation qui en résulte d'abord disparaît bientôt et les selles deviennent pultacées et abondantes. Le mieux est encore de donner l'extrait aqueux d'opium par la voie sous-cutanée ; on ménage ainsi l'estomac et le dosage est sûr.

Les phénomènes congestifs ne contre-indiquent nullement l'emploi du remède. On ne peut pas fixer de doses maxima.

Si pour une raison quelconque la méthode sous-cutanée est impossible, il faut donner l'extrait aqueux en combinaison avec du vin du Midi.

Plus que partout ailleurs l'accomplissement de tous les préceptes hygiéniques est nécessaire dans les cas graves de la mélancolie passive et de la mélancolie avec stupeur. Tous ces malades doivent être tenus d'une manière permanente au lit, ce qui évite les engorgements de sang et les pertes de chaleur inutiles.

La diète doit être riche en protéine, mais non excitante; étant donné l'état des voies digestives, le mieux est le lait et les plats faits avec du lait.

Il n'est pas moins important de provoquer une selle quotidienne, mais il faut ici éviter les drastiques.

L'insuffisance de la respiration peut exiger des sinapismes, la faradisation des muscles thoraciques et du diaphragme. Si l'activité du cœur a baissé, l'emploi des spiritueux, notamment du bon vin vieux, et selon les circonstances de l'éther et du camphre, est utile. Si en même temps le pouls est convulsif et contracté, l'azotite d'amyle ou encore l'usage des grogs, de l'eau chaude mélangée d'eau-de-vie, etc., peuvent rendre de bons services. Ces remèdes amènent aussi le sommeil mieux que tous les narcotiques. L'activité de la peau peut être ranimée par des bains de son savonneux, par des ablutions de vinaigre chaud. Dans ces cas l'opium ne fait rien et produit plutôt un effet nuisible.

CHAPITRE II

MANIE[1]

Comme phénomènes fondamentaux de l'aliénation maniaque, on note : une altération du sentiment de soi-même avec un état d'esprit où la gaîté prédomine, une facilité et une accélération anormales dans la marche des actes psychiques allant jusqu'à une licence complète de la vie psychomotrice psychique. La manie présente donc un tableau morbide qui est juste l'opposé de celui de la mélancolie. Pas plus que dans cette dernière, les anomalies de l'humeur dans la manie ne peuvent s'expliquer exclusivement par le changement dans la marche des processus psychiques (marche qui dans ce cas est facilitée), bien qu'on ne puisse contester qu'en s'apercevant de cette facilité dans l'accomplissement de ses mouvements psychiques et de l'absence de toute entrave, le malade en reçoive un fort supplément de sentiments joyeux[2]. Les deux phénomènes fondamentaux doivent être envisagés comme liés l'un à l'autre, et ils s'expliquent fonctionnellement peut-être par le dégagement plus facile des forces vives et anatomiquement par une plus grande abondance de sang dans l'organe psychique.

Dans la sphère de la manie aussi on peut distinguer deux formes cliniques qui ne diffèrent que par leur degré et qui ont beaucoup de points de

[1] Littérature : Jacobi, *Die Hauptformen der Seelenstörung*. — Spielmann, *Diagnostik*. — Sessen, *Berlin. encyklop. Wörterbuch*, XXII, 1740. — Wachsmuth, *Allg. Zeitschr. f. Psych*, 15, p. 325. — Meynert, *Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk*, 1871 et *Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 1875. — Schüle, *Handb*, 416 et 464. — Mendel, *Die Manie*. Monographie, Vienne, 1818.

[2] Mendel (*op. cit.*, p. 173) déclare que l'anomalie d'humeur est un symptôme accessoire et secondaire qui dépend du sujet de l'image mentale, de la plus grande facilité avec laquelle cette image se produit et des entraves plus ou moins grandes que l'impulsion aux actes rencontre. Il donne par conséquent de la manie la définition suivante : C'est une maladie cérébrale fonctionnelle caractérisée par une accélération morbide au cours des représentations et par l'accentuation morbide de l'irritabilité des centres moteurs du cerveau. Il faut opposer à cette définition le fait qu'il y a chez le maniaque des périodes où il est aménomaniaque sans présenter précisément le phénomène de la poussée d'idées ou de la fuite d'idées et que le degré du contentement joyeux de soi-même ne correspond pas toujours au degré d'accélération de la conception. Puis il y a aussi fuite des idées chez les délirants, les fébricitants, etc., sans qu'elle soit accompagnée d'une humeur gaie et par contre l'absorption de l'alcool peut provoquer cette gaîté sans accélérer en même temps la marche des pensées.

contact : un léger, l'exaltation maniaque ; et un plus grave, la folie furieuse.

I. — Exaltation maniaque [1].

Symptômes psychiques. — Le caractère de la conscience, c'est ici le plaisir, le bien-être psychique. Il est aussi peu motivé par les faits du monde extérieur que ne l'est l'état de douleur psychique du mélancolique, et voilà pourquoi on ne peut le rapporter qu'à une cause organique intérieure. Le malade se meut pour ainsi dire dans des sentiments de plaisir et raconte au lendemain de sa guérison que pendant qu'il était en bonne santé il ne s'est jamais senti aussi bien, aussi remonté, aussi heureux que pendant sa maladie. Cette joie spontanée est considérablement accrue par un changement de la perception vis-à-vis du monde extérieur, par la remarque que les conceptions et les efforts s'accomplissent plus facilement, par les sentiments de plaisir intense qui accompagnent les conceptions et par une perception générale de bien-être, surtout dans le domaine de la sensibilité musculaire (tonus musculaire augmenté). Par suite, l'humeur gaie s'élève passagèrement à la hauteur des émotions de plaisir (débordement de joie, espièglerie) dont les manifestations motrices sont le chant, la danse, des sauts, les plaisanteries de gamin espiègle.

Avec ce trouble essentiel dans le domaine émotif, vont de pair un trouble de production, une augmentation de l'excitabilité (hyperesthésie psychique) caractérisées par ce fait que les perceptions et les images mentales reproduites ne se combinent pas avec de simples sentiments mais avec des émotions qui, par suite de l'état d'esprit fondamental qui domine, sont pour la plupart des émotions de plaisir et se produisent avec une facilité anormale. Il en résulte nécessairement un changement dans la perception du monde extérieur. Au lieu du noir sous lequel ce monde apparaît au mélancolique à cause de sa dyesthésie psychique, il se présente au maniaque avec des tons plus chauds, des couleurs plus vives et un aspect plus intéressant. Voilà pourquoi le maniaque le cherche, aime à aller dans la société, à voyager et est sous ce rapport aussi l'opposé du mélancolique qui fuit et déteste le monde.

La résultante finale de cette altération des processus de perception du monde extérieur et de sa propre personnalité se résume dans une augmentation de la confiance en soi-même qui souvent se manifeste aussi par l'ornementation de la mise extérieure de l'individu.

Bien que la gaieté constitue la base émotive de l'aliénation maniaque, les états d'esprit opposés n'en sont pas exclus non plus. Ces derniers peuvent être provoqués par des représentations contradictoires qui se forment à la suite de l'association illimitée des conceptions et qui sont annotées par de vifs sentiments; mais souvent ces accès de mauvaise humeur sont produits artificiellement par la restriction de la liberté du malade, par le

[1] Synonymes : hypomanie (Mendel) ; folie furieuse (Schüle).

refus de lui accorder un désir, etc., ce qui froisse énormément la haute idée qu'il a de lui-même. Mais ces états d'esprit douloureux et pleins de colère ne sont qu'épisodiques et, étant donné la marche accélérée des faits psychiques, sont bientôt refoulés par le fond gai de l'humeur.

Sur le terrain de la représentation, l'accélération du mouvement des forces psychiques se manifeste par la facilité de la reproduction, de l'association et de la combinaison des conceptions, ce qui nécessairement mène à un encombrement de la conscience qui contraste vivement avec cette monotonie et cette entrave dans la marche des représentations qu'on rencontre chez le mélancolique.

Par suite de la facilité de la reproduction et de la perception, de la notation plus sensuelle et plus chaude de ses images mentales et de ses perceptions, le malade devient plus plastique dans sa diction, il aperçoit promptement les côtés des choses, les faibles et les bizarreries de son entourage, son esprit est plus prompt à saisir et à comprendre, et, quand l'association est accélérée, il a la repartie pleine de verve, il est spirituel, humoristique et même ironique. Le trop-plein de sa conscience lui fournit une matière inépuisable pour parler et l'accélération énorme des opérations de conception au milieu de laquelle des chaînons intermédiaires surgissent avec la rapidité de la pensée, mais sans être exprimés par la parole, fait croire à une incohérence dans la marche de ses idées.

L'accentuation du sentiment de soi-même fait alors souvent dédaigner l'accent ou le dialecte du pays natal et se plaît à une élocution littéraire. Au degré de l'aliénation maniaque tel que la représente l'exaltation maniaque, des troubles dans la nature des conceptions se produisent tout au plus épisodiquement et sous forme d'allégories objectives exprimant la haute opinion que l'individu a de lui-même. Le malade se compare occasionnellement à un personnage remarquable sans cependant s'identifier avec ce dernier.

Pour aller aussi loin son intelligence est trop peu troublée. Il exerce encore une critique sur son propre état et prouve qu'il en reconnaît l'anomalie par le fait par exemple que, pour excuser un de ses actes irréfléchis, il allègue, faute de mieux, qu'après tout il est fou et qu'à un fou tout est permis.

Les hallucinations aussi ne se produisent que tout au plus passagèrement et puis le malade les rectifie ou du moins il ne les utilise pas. Les illusions sont plutôt possibles, étant donnée l'accélération énorme des opérations psychiques.

Du côté psycho-moteur de la vie psychique, le trouble se manifeste tout d'abord par une accentuation de la volonté et par une vive augmentation de l'activité ; mais tous les actes moteurs du malade sont encore, contrairement à ceux de la fureur, provoqués psychiquement et exécutés dans la sphère de l'intelligence.

Leurs motifs sont des processus de forme émotive ou des conceptions dont l'individu se rend nettement compte. Ce sont des actes conformes à ceux de la vie physiologique et ne paraissant étranges que parce qu'ils ont une

allure précipitée, irréfléchie, inconvenante, espiègle, choquante et même immorale, sans qu'on puisse les taxer d'insensés.

Cliniquement, cette exaltation psycho-motrice se manifeste par le désir de voyager, le penchant à fréquenter les cabarets, à rechercher les vieux amis et les connaissances, à voir des curiosités, par la manie épistolaire, par celle de faire des emplettes, etc. Le manque des représentations d'entrave et de contrôle ou leur apparition tardive fait que ces actes, qui en eux-mêmes ne sont pas insensés, n'apparaissent que comme inconvenants, irréfléchis; souvent ils choquent la morale, car les représentations d'entrave éthiques ou esthétiques font aussi défaut. L'annotation vive de toutes les perceptions par des sentiments de plaisir rend ces malades envieux; leur sentiment d'eux-mêmes, accentué à un degré morbide, les rend ennuyeux, vantards et hâbleurs; l'inconstance des motifs de leurs mouvements les rend inconstants et incapables, malgré toute leur activité, d'achever ce qu'ils ont commencé ou ce qu'ils ont projeté.

Tous les caractères du tableau clinique ne sont pas développés complètement chez tous ces malades; chez certains, c'est l'impulsion à parler; chez d'autres, c'est l'accentuation de la volonté [1]; chez d'autres encore, l'humeur gaie (aménomanie) est le phénomène morbide qui ressort le mieux; cet autre encore peut avoir ou une nuance d'exaltation, ou une nuance érotique, ou une teinte religieuse.

Il serait inutile de donner des dénominations particulières à ces nuances cliniques.

Presque régulièrement, et chez les individus du sexe féminin c'est presque toujours le cas, l'exaltation maniaque amène la sphère sexuelle au premier plan dans la conscience. L'impulsion sexuelle se fait encore jour sous une forme bourgeoisement tolérable et ne répondant qu'à un trouble superficiel de l'intelligence; chez les hommes, par l'empressement à faire la cour, les promesses de mariage trop promptes, les propos équivoques dans la conversation, la fréquentation des bordels; chez les femmes, la tendance à s'attifer, à se maquiller, à rechercher la société des hommes, à faire des coquetteries, à parler d'histoires de mariages ou de scandales, à ourdir des intrigues d'amour, à suspecter d'autres femmes au point de vue sexuel, etc.

Souvent dans cet état d'exaltation, il existe aussi un plus grand besoin de consommer des stimulants nerveux, besoin qu'on satisfait avec des plats très épicés, avec du tabac à fumer ou à priser, avec du café fort et notamment avec les boissons spiritueuses.

Ces excès amènent alors facilement une accentuation de l'exaltation maniaque pouvant aller jusqu'à la fureur.

Symptômes somatiques. — Les troubles du sommeil sont assez constants.

[1] On y rencontre souvent cette impulsion très importante au point de vue médico-légale, à collectionner et même à voler en partie par une convoitise que rien n'entrave (surtout des aliments, des friandises, des bijoux ou même de l'argent pour s'en procurer) en partie par espièglerie, par méchanceté, par désir de causer des embarras aux autres, par illusions, par excès d'activité.

Les malades ne dorment que quelques heures, se lèvent au milieu de la nuit et se démènent affairés dans la maison ou dans la rue.

Dans le domaine de la sensibilité générale, le sentiment de bien-être physique augmente. La force et les capacités sont augmentées. Le malade ne peut pas trouver assez de paroles pour vanter son bien-être maniaque, sa santé de fer. Le sentiment de fatigue physique ne se produit pas, pas même après des marches à pied forcées ou d'autres surmenages.

Le malade est plus gaillard effectivement. Il a l'air plus jeune qu'il n'est; son turgor vitalis est élevé, sa mine est plus vive, ses fonctions végétatives s'accomplissent plus promptement, son appétit est augmenté, seulement, pris d'inquiétude motrice, il ne trouve pas le temps de le satisfaire.

Malgré tous ces phénomènes d'augmentation de la mutation intraorganique et malgré la bonne assimilation, le poids du corps baisse.

Ce qui est ici particulièrement accentué, c'est le tonus musculaire. La musculature est plus ferme et plus turgescente, l'attitude est plus d'aplomb, la sûreté et la rapidité des mouvements sont plus grandes qu'à l'état normal. Les mouvements s'accomplissent avec une promptitude étonnante; il semble que l'excitation volontaire parvient plus rapidement aux centres des mouvements. Le malade se rend compte de cette facilité d'innervation et de coordination, et il y puise un nouveau stimulant pour sa bonne humeur et son ardeur entreprenante.

Début et évolution de la maladie. — L'exaltation maniaque apparaît rarement comme une forme morbide comprenant toute la durée du trouble psychique, elle se présente plus souvent comme un phénomène d'état. Comme telle elle représente un stade prodromique ou de rémission de la folie furieuse, ou un stade de transition de la folie circulaire et hystérique. Comme phénomène prodromique, elle se rencontre dans la paralysie générale, mais alors elle est colorée d'une manière particulière par les symptômes de débilité psychique qui s'y mêlent de bonne heure.

Comme tableau morbide autonome, elle apparaît encore plus souvent sous forme d'accès périodiques, mais alors, à cause de sa base dégénérative, avec un caractère raisonnant et irritable.

Dans les cas rares où l'exaltation maniaque se déroule comme une psychose autonome et non périodique, elle est pour la plupart du temps précédée d'un stade prodromique mélancolique. Son évolution est rémittente, exacerbante; sa durée s'étend à des semaines et même à des mois. Elle peut avoir une marche régressive; dans ce cas la résolution est lente, non brusque; comme le trouble est léger, quand il y a un stade d'épuisement ensuite, il n'est que légèrement indiqué et de très courte durée. Dans d'autres cas, notamment dans ceux qui sont la conséquence d'excès sexuels et alcooliques, elle passe à l'état de fureur. Le pronostic est favorable dans cette forme bénigne de folie maniaque, et les défectuosités psychiques ne sont pas à craindre comme dans la folie furieuse.

Traitement. — Le remède le plus important est l'isolement approprié au degré de l'exaltation et en même temps l'éloignement des excitations morbides et notamment des excès. Dans beaucoup de cas l'hôpital suffira,

mais passagèrement une chambre d'isolement pourra devenir nécessaire. Contre l'insomnie et l'inquiétude nocturne, l'hydrate de chloral, la morphine, le sulfonal et le trional peuvent donner des succès; les narcotiques, notamment l'opium et la morphine, quelque utiles qu'ils soient dans les cas périodiques, n'ont ici aucun effet favorable, mais ils sont plutôt de nature à augmenter l'agitation.

Par contre, les bains tièdes et surtout les bains prolongés manquent rarement leur effet calmant sur le système nerveux central; cependant cet effet ne dure d'ordinaire que pendant quelques heures.

Dans les états d'agitation venant de la sphère sexuelle et ayant un caractère sexuel prédominant, il est bon de se servir des préparations de brome. Il est nécessaire en même temps de surveiller soigneusement le malade à cause de son penchant à la masturbation.

Observation XVIII. *Exaltation maniaque dans le puerperium.* — Mme L..., vingt-huit ans, femme d'un peintre en bâtiments, a une mère qui, à l'âge de trente-six ans, est devenue aliénée pendant ses couches, et une sœur sourde-muette. La malade n'a jamais été malade autrefois, sauf de la variole; elle était vigoureuse; elle eut à l'âge de dix-huit ans son premier enfant, à l'âge de vingt ans son second. Elle eut encore quatre autres enfants. L'avant-dernier a été allaité pendant vingt mois. La malade fut affaiblie par ses couches et l'allaitement; de plus la famille avait les soucis du pain quotidien et se nourrissait pauvrement. Dans sa dernière grossesse qui a duré jusqu'au 2 novembre 1880, la malade présentait souvent des accès de vertige et des phénomènes d'épuisement psychique. L'accouchement s'est passé sans accident. La malade allaita son enfant pendant quinze jours, jusqu'au 16. Après une vive frayeur causée par une maladie de son mari brusquement survenue le 15, elle devint confuse; le 16, quand elle sortit pour acheter des provisions pour la cuisine, elle apporta des jouets au lieu de comestibles; elle perdit le sommeil, se mit à délirer, voyait ses parents décédés, l'esprit malin qui répandait une puanteur effroyable et la sainte Vierge qui la protégeait. Elle ne connaissait plus son entourage qu'elle considérait comme hostile, elle était tout à fait désorientée, courait sans but à droite et à gauche, une fois vers l'eau, une autre fois avec son nourrisson et un autre enfant au presbytère pour se confesser. Dans la nuit du 22 novembre elle essaya de descendre une armoire par l'escalier.

Le 22, quand elle entra à l'asile, le délire puerpéral initial avait disparu; la malade sans fièvre, lucide, reconnaissait les faits de son délire; mais elle présentait des phénomènes d'une légère exaltation maniaque qui semblèrent une phase de rémission d'une fureur puerpérale au début, fureur aiguë et hallucinatoire. La suite de l'évolution de la maladie n'a pas justifié cette hypothèse.

La malade qui, lors de son entrée à l'asile, s'est présentée comme maniaque par sa gaîté non motivée, son excitation érotique facile, sa vive mimique, la marche de ses idées précipitée et disparate, est restée jusqu'à sa convalescence au degré de l'exaltation maniaque. Elle était constamment gaie, échevelée, n'avait de tous les faits que des impressions agréables ou hilarantes, se plaisait aux plaisanteries, aux comparaisons humoristiques, se mêlait à toutes les conversations, faisait la coquette, l'amoureuse, déclarait qu'elle épouserait maintenant un autre homme; son mari aussi pourrait se choisir une autre femme. Elle épouserait le professeur ou le docteur, disait-elle sans en rien penser. En général, son intelligence n'était pas très profondément troublée. La malade reconnaissait à peu près son état morbide,

mais elle était d'avis qu'elle était archi-gaie et qu'un brin de délire ne lui faisait pas de mal. Autrefois, il est vrai, elle était devenue folle. Elle bâtit toutes sortes de châteaux en Espagne, est inépuisable en mauvais calembours; la marche de ses idées est précipitée, frôle souvent le terrain érotique sans cependant transgresser les limites de la décence. Il faut qu'elle chante et qu'elle bavarde pour chasser l'ennui des autres malades. Elle n'a pas la nostalgie de sa famille; les siens, dit-elle, sauront se débrouiller. Autrefois, elle avait été dans la misère, mais ici à l'hôpital elle veut maintenant se la couler douce. Pleine de désirs, elle fait des demandes surtout de comestibles et de friandises.

Les nuits sont d'abord agitées. Avec une meilleure alimentation et l'usage du vin et de la bière, le sommeil se produit.

La malade est de taille moyenne, sans stigmates de dégénérescence, sans maladies végétatives, mais très anémique. La nutrition générale n'a pas beaucoup souffert. L'utérus est bien involvé. Le pouls est petit, l'artère faiblement remplie.

Passagèrement la malade prend un médecin-major qui visite la clinique pour l'empereur, un autre monsieur pour le prince héréditaire. On n'observe pas d'hallucinations.

Vers le milieu du mois de décembre, la malade devient plus calme, rangée, s'informe de sa famille, rectifie ses illusions et demande à travailler. Les visites des gens de sa famille produisent un effet salutaire. Le retour des règles le 21 décembre s'accomplit sans troubler la convalescence. Dans ce cas léger de manie puerpérale le traitement s'est borné à isoler la malade, à lui donner de la bonne nourriture. des bains et des préparations de fer. Son poids, lors de son départ, a dépassé de trois kilogrammes le poids qu'elle avait à son entrée. Le 14 janvier 1881, la malade fut renvoyée guérie. Elle est restée en bonne santé.

II. — Folie furieuse.

Un degré de la manie supérieur à celui que présente l'exaltation maniaque est représenté par la folie furieuse.

La notion du délire furieux qu'on s'est faite d'après l'attitude extérieure tumultueuse du malade, demande une restriction scientifique. La fureur n'est qu'un simple symptôme; la folie furieuse est un état morbide déterminé et appartenant au cadre de la manie. Les explosions furieuses du mélancolique par suite de la peur, celles du délirant (épileptique, hystérique, alcoolique ou fiévreux) par suite d'hallucinations terrifiantes, ne doivent pas êtres confondues avec la fureur. Le symptôme déterminant de la folie furieuse, c'est l'accélération des opérations psychiques qui peuvent devenir échevelées en même temps que le Moi du malade a perdu toute direction et est devenu incapable d'intervenir dans la marche des actes psychiques. En même temps il y a des phénomènes d'excitation directe dans l'organe de la conscience.

Dans les centres psycho-moteurs du cerveau antérieur, ils consistent en phénomènes d'excitation amenant des actes moteurs qui, il est vrai, portent encore le caractère des actes psychiques, mais qui se produisent sans but, sans aucune intervention de la volonté et même de la conscience et

que, par conséquent, on doit désigner comme des actes instinctifs. Ceux-ci refoulent de plus en plus les actes volontaires du maniaque exalté, actes qui sont amenés par des conceptions et des sentiments de plaisir. Comme autres phénomènes d'excitation qui manquent rarement, nous devons encore citer les délires et les hallucinations. La maladie de l'organe psychique est plus grave, par conséquent le trouble de l'intelligence aussi est plus profond.

Un examen plus attentif du tableau morbide permet de constater une irritabilité émotive très accentuée (hyperesthésie psychique) et, au point de vue de la production de la maladie, une hyperesthésie grâce à laquelle toutes les impressions subies par la conscience sont annotées et accompagnées par de vives émotions.

Ici encore, de même que dans l'exaltation maniaque, les émotions expansives prédominent, mais celles de nature opposée, notamment les emportements coléreux, ne sont pas exclues ; il y a même des cas rares où les émotions de colère prédominent pendant toute la durée de la maladie (folie furieuse coléreuse, manie furieuse). Cette nuance clinique du tableau morbide est occasionnée en partie par une organisation originairement anormale du cerveau malade (caractère irascible et violent dès la naissance) ; elle est en partie artificielle (internement, camisole de force), en partie un phénomène de réaction provoqué par des délires terrifiants, des hallucinations et des sentiments d'angoisse qui viennent la compliquer.

Quand la colère est provoquée chez le malade par un de ces phénomènes, elle amène, étant donnée son irritabilité très accentuée, des reproductions douloureuses incessantes, des images mentales, mais qui, contrairement à celle de la mélancolie agitante, ont le caractère de la fuite des idées et forment des séries. Elles maintiennent alors la disposition coléreuse. Ces cas de folie exclusivement furieuse sont les plus rares; ceux de caractère purement expansif sont beaucoup plus fréquents; mais le plus souvent on rencontre des cas de nature mixte, c'est-à-dire des cas où, par suite de la grande excitabilité et du changement rapide des conceptions avec association illimitée, une variation bigarrée des émotions de nature des plus différentes se manifeste (mutation d'humeur). Comme à la suite de l'accélération énorme de tous les actes psychiques et de l'absence de toutes les entraves, le Moi est livré à la merci de ce processus d'excitation, ces émotions se manifestent en arrêtant tout l'appareil mimique et moteur. Ainsi la gaîté folle et la jubilation du maniaque alternent avec des phases d'irritation, de colère et des plaintes douloureuses; aux chants, aux cris, aux sifflements succèdent les hurlements et la rage tumultueuse. Souvent une impression extérieure passagère, une reproduction quelconque suffisent, étant donnée l'hyperesthésie psychique, pour changer brusquement l'humeur et l'amener à l'opposé de ce qu'elle était.

L'accélération énorme de la marche des conceptions amène une avalanche d'idées et, comme aucune image mentale ne peut être retenue isolément, qu'aucun lien logique ne peut plus réunir les conceptions, il y a aussi confusion (trop-plein de la conscience, association des idées abaissée

et ne se faisant que par l'assonance et l'allitération, réveil spontané, physiologique et non associatif d'une foule d'images mentales).

En raison de ce fait la liaison logique des conceptions et la forme grammaticale de l'élocution disparaissent fatalement. Les fragments de phrases, les mots détachés et finalement les interjections isolées, les sons articulés comme manifestation du langage, marquent les différentes variations de degré dans l'avalanche des idées et dans la confusion de la folie furieuse.

La perception est incomplète à cause du tourbillon immense des conceptions, elle a des lacunes et il se produit facilement des illusions.

Presque régulièrement des idées délirantes se produisent aussi. Elles apparaissent pour la plupart après les hallucinations, mais alors comme délires primordiaux, plus rarement comme un essai passager d'explication de l'état de conscience et des sensations éprouvées. Leur sujet est illimité, mais de nature surtout expansive (délire des grandeurs). Souvent, surtout chez les personnes du sexe féminin, le délire a une couleur sexuelle ou religieuse. Dans cette dernière variété rentrent les idées suivantes : on est la Madone, on a été couverte par le Saint-Esprit, on a mis au monde l'enfant Jésus. Dans la folie furieuse avec colère, le délire de persécution, notamment avec nuance démonomaniaque, peut constituer le fond des illusions qui donnent lieu à l'émotion.

Par suite du caractère passager des processus qui les font surgir et de l'accélération de tous les actes psychiques qui n'admettent aucune réflexion, ces idées délirantes sont passagères et ne mènent que rarement à un faussement durable de la conscience avec terminaison probable par une folie secondaire. Les phénomènes les plus importants sont représentés par les symptômes de la sphère psycho-motrice qui a donné son nom à la maladie. Quand il n'y a pas arrêt par épuisement, le malade est en activité continuelle et il n'y a pas un groupe de muscles volontaires qui ne soient mis tour à tour en action. Les actes moteurs des malades sont très différemment motivés. Pendant la transition de l'exaltation maniaque à la folie furieuse et pendant les rémissions de cette dernière les actions peuvent encore avoir lieu. Mais comme les conceptions qui font surgir ces dernières, deviennent de moins en moins claires pour l'intelligence par suite de l'accélération grandissante des faits psychiques et de l'obnubilation intellectuelle qui augmente, ces actions se changent de plus en plus en actes impulsifs ; en outre, il existe encore des actes psychiques réflexes causés par des émotions de plaisirs (danse, chants, etc.) ou par des émotions d'angoisse et de colère.

A l'apogée de la maladie ces actes moteurs d'origine psychique ne se font plus jour que sporadiquement. Ils sont refoulés par les mouvements forcés (impulsion au mouvement), mis en exécution par des excitations directes venant des centres psycho-moteurs ; en outre, il y a aussi des actions provoquées par les idées délirantes et les hallucinations.

Très souvent l'instinct génital est excité dans la folie furieuse et les cas dans lesquels cet instinct occupe le premier plan dans le tableau clinique

ont été souvent désignés par le nom spécial de satyriasis (chez l'homme) et de nymphomanie (chez la femme).

Le trouble profond de l'intelligence qui se produit ici, contrairement à ce qui se passe dans l'exaltation maniaque, fait que l'instinct sexuel se manifeste d'une façon ouverte et délibérée, sous forme d'attaques directes contre les personnes de l'autre sexe, de masturbation en public, de mouvements de coït en se frottant le bassin, etc.

On doit considérer comme des phénomènes équivalents l'habitude qu'ont les femmes de lancer continuellement des crachats, de satisfaire leurs besoins naturels en présence du médecin, d'arranger les épingles de leurs cheveux, de se barbouiller le corps ou de salir les murs avec des excréments, de la salive, du sang menstruel, de l'urine, d'injurier l'entourage féminin en termes obscènes.

Le trouble de l'intelligence varie dans son intensité : en général, il est d'autant plus profond que la marche de la maladie est plus aiguë. La faculté de se souvenir suit une marche parallèle à l'intensité. Dans la folie furieuse chronique, la mémoire peut n'être pas voilée ; mais elle est sommaire quand la maladie a une marche aiguë. L'amnésie complète ne se rencontre pas dans la vraie folie furieuse.

Symptômes somatiques. — Ici encore les troubles du sommeil sont constants. L'insomnie peut durer des semaines entières. Souvent il y a des fluxions au cerveau qu'on doit rarement considérer comme des phénomènes étiologiques, mais pour la plupart comme des phénomènes consécutifs (vive activité par excitation fonctionnelle du cerveau ou aussi résistance diminuée par la vaso-parésie).

La fréquence du pouls est très peu influencée par le mouvement et l'activité excessive. Malgré une folie furieuse très violente, le pouls est souvent plutôt ralenti qu'accéléré, et plutôt petit que plein.

La chaleur du corps est normale, parfois même subnormale, étant donné que la minime augmentation de chaleur produite par l'augmentation du travail musculaire se trouve plus que compensée par l'augmentation de la dépense par suite de l'insuffisance de vêtements. Une élévation calorique dépassant 38°, quand elle est durable, doit, à moins qu'elle ne puisse être ramenée à une maladie somatique complicante, faire sérieusement douter si le cas doit être encore considéré comme une folie furieuse et se demander s'il n'y a pas lieu d'y voir peut-être un délire aigu ou un autre genre d'excitation psycho-motrice dû à une maladie organique du cerveau.

Dans les premiers stades de la folie furieuse, le turgor vitalis est augmenté, le malade semble plus jeune et plus frais. Quand la folie furieuse dure longtemps, la nutrition et l'état des forces baissent, et même des phénomènes d'inanition peuvent se produire. Le processus morbide, arrivé à son apogée, est toujours accompagné par une diminution progressive du poids du corps. Les sécrétions peuvent se faire d'une manière tout à fait normale. Souvent l'urine est anormalement riche en phosphates. Un phénomène particulièrement fréquent est la salivation qui accompagne surtout les exacerbations de la psychose.

Les troubles sensitifs jouent un rôle minime chez les fous furieux. Parfois, pendant les rémissions, les malades se plaignent de maux de tête.

Les anesthésies qui se rencontrent par hasard et parmi lesquelles on remarque surtout l'insensibilité au froid, peuvent presque toujours être attribuées à des causes centrales. L'hyperesthésie sensorielle n'est pas rare dans cette maladie. Les troubles moteurs des régions infra-corticales, sous forme de spasmes, de convulsions partielles des muscles, de mouvements grimaçants, etc., peuvent se produire dans la fureur grave, comme complications, à l'apogée de la maladie; ils représentent des transitions vers le délire aigu et les autres maladies cérébrales.

Début. — La folie furieuse apparaît beaucoup plus souvent comme une forme morbide autonome que comme forme d'un autre état. Dans ce dernier cas, elle a habituellement une explosion brusque, une marche aiguë, et il y a prédominance des troubles psychiques quand il s'agit de démence paralytique et d'autres maladies cérébrales; elle se rencontre aussi dans l'hystérie, dans certaines formes de la folie circulaire à évolution brève, dans lesquelles les symptômes maniaques alternent avec des phénomènes tétano-cataleptiformes.

Origine et marche. — Ici il convient de distinguer essentiellement les cas aigus et les cas chroniques.

α). La folie furieuse aiguë a une durée de quelques jours et même de plusieurs semaines ; elle éclate brusquement, après avoir été précédée par des phénomènes sensoriels non mélancoliques (maux de tête, congestions, sommeil troublé, angoisse, irritabilité). Ces phénomènes sont suivis de près par des symptômes d'exaltation maniaque, ordinairement avec nuance d'irritabilité, qui, en augmentant très rapidement, arrivent bientôt à la hauteur de la folie furieuse. Plus la marche est aiguë, plus le trouble de l'intelligence est grave. La chute de la crise est d'ordinaire assez rapide. Des symptômes d'épuisement fonctionnel qui peuvent aller jusqu'à une stupeur légère, précèdent le retour à la santé.

La folie furieuse aiguë se déroule souvent comme la folie coléreuse ou irascible émotive. Quand elle a une allure irascible, elle peut se terminer au bout de quelques jours, mais il y a facilement des recrudescences, de sorte qu'une folie secondaire se développe, avec explosions de colère isolées qui se distinguent nettement des rémissions (périodes d'épuisement fonctionnel avec irritabilité d'humeur).

β). La folie furieuse chronique a une durée totale de plusieurs mois et peut se prolonger jusqu'à un an. Dans la plupart des cas, elle est précédée par un stade prodromique mélancolique. La durée de ces prodromes varie entre quelques jours et plusieurs mois. Plus il dure longtemps, plus la manie qui lui succède est longue.

Ce stade manque ou n'est que légèrement indiqué dans les cas dus au puerperium, après les pertes de sang aiguës et dans la convalescence des fièvres graves, puis dans les folies furieuses causées par des causes cérébrales directes, telles que le trauma capitis, l'insolation, ainsi que dans celles qui sont provoquées par les excès alcooliques. Plus la folie furieuse

paraît de nature organique et occasionnée par des causes somatiques, moins il y a de stade prodromique. D'ordinaire, les prodromes se bornent au complexus symptomatique d'une mélancolie sans délire ; cependant, l'opinion de Hagen qui soutient que dans ce cas il y a en général absence d'idées délirantes et d'hallucinations, ne peut pas être acceptée sans restriction. Les symptômes de ce stade prodromique mélancolique sont essentiellement ceux d'un trouble psychique et somatique de la perception générale (efforts intellectuels devenus difficiles, prostration générale, tête lourde, malaises gastriques, constipation, etc.), semblables à ceux qui précèdent l'explosion des maladies physiques graves, et notamment les maladies infectieuses. Il se développe, par suite, une dépression psychique qui a souvent une nuance hypocondriaque. Puis, avec le cours de la maladie, il se produit un examen douloureux de la vie antérieure, examen qui va souvent jusqu'à des reproches que le malade se fait à lui-même et jusqu'au dégoût de l'existence. Ce stade échappe souvent à l'observation ; il est dissimulé à dessein par les malades, qui ont gardé encore un certain empire sur eux-mêmes, ou du moins qui savent alléguer des motifs suffisants (Mendel).

L'évolution vers la manie est, dans la plupart des cas, subite, mais jamais aussi brusque que dans la folie circulaire. Parfois on observe une période amphibologique durant des heures ou des jours et dans laquelle les éléments mélancoliques et maniaques se mélangent, se disputent pour ainsi dire le terrain jusqu'à ce que le tableau de la manie apparaisse pur et sans mélange. Alors la folie furieuse se développe; l'exaltation maniaque apparaît tantôt rapidement, tantôt lentement; de même la marche des idées devient de plus en plus une fuite des idées, l'émotion expansive devient un kaléidoscope des excitations émotives les plus variées, le mouvement devient de plus en plus instinctif, et en outre, il se surajoute un trouble croissant de l'intelligence, du délire et des hallucinations. La marche totale de la folie furieuse chronique est rémittente avec exacerbations. Dans les rémissions, le tableau clinique tombe au degré d'une exaltation maniaque qui, il est vrai, est souvent dissimulée par les symptômes d'épuisement fonctionnel ; ce dernier peut, en outre, être douloureusement ressenti et alors, étant donné la grande irritabilité, un état morose d'esprit peut se produire et même se faire jour sous forme d'explosions de colère.

Les terminaisons de la folie furieuse sont :

1° La guérison[1]. — Elle ne se produit jamais subitement, mais progressivement, avec des symptômes de rémission et en passant par des états de transition variable. Une cessation subite de la folie furieuse indique qu'elle a été provoquée par une cause somatique ou périodique.

Les états de transition vers la guérison peuvent être les suivants :

α). Un stade de dépression mélancolique semblable à celle qui a été le prélude de la maladie. Cette terminaison est très rare, à moins qu'on ne considère à tort comme mélancolique le stade d'épuisement avec percep-

[1] Mendel, *op. cit.*, p. 155, compte 80 p. 100 de guérisons.

tion réactive douloureuse amenée par l'insuffisance intellectuelle, suite de l'épuisement lui-même.

β). Un stade de stupidité, d'imbécillité fonctionnelle, comme expression du profond épuisement cérébral qui succède fatalement aux cas graves ou affaiblissants de la folie furieuse chronique, surtout quand ils ont été traités par les saignées. Ce stade dure parfois plusieurs mois. L'absence d'augmentation du poids du corps ou la lenteur de cette augmentation qu'on observe dans ces états d'imbécillité symptomatique est, au point de vue du diagnostic différentiel, très importante, surtout quand on la compare à la rapidité de l'augmentation du poids du corps dans les états d'imbécillité terminale.

En général l'intensité et la durée de ces états d'épuisement, qui varient entre la stupeur légère et l'idiotie complète, répondent à l'intensité et à la durée de la manie, de même qu'à l'intensité et à la durée des causes qui les ont produits, causes parmi lesquelles une constitution cérébrale originairement tarée et s'épuisant avec une facilité anormale a une action particulièrement décisive.

γ). Le passage de la folie furieuse à un stade d'exaltation maniaque atténuée, avec phénomènes de faiblesse psychique qui se produisent en même temps, mais qui sont susceptibles de disparaître.

δ). Une détente successive de la folie furieuse, les rémissions devenant de plus en plus profondes et nettes, aucun phénomène sérieux de faiblesse intellectuelle n'existant plus. Mais ici, c'est souvent le côté émotif de la vie psychique qui est gravement atteint, se trouve déséquilibré, étant donné qu'il existe une accentuation de l'irritabilité d'humeur qui éclate facilement sous forme d'émotions de colère et même de recrudescences.

2° La terminaison par débilité mentale terminale et durable (imbécillité, idiotie, avec les deux tableaux cliniques de ces états, rarement démence).

3° Terminaison fatale[1] par l'épuisement ou par des maladies intercurrentes, par des lésions pouvant amener l'embolie graisseuse des vaisseaux pulmonaires (Jolly) ou par l'aggravation du processus cérébral allant jusqu'au delirium acutum.

Le *pronostic* de la folie furieuse est en général favorable et d'autant plus favorable qu'elle a une marche aiguë, avec troubles de la nutrition réparables (anémie puerpérale), avec causes sympathiques, que le malade est jeune et a un cerveau qui n'est pas trop taré.

Cependant il ne faut pas se dissimuler que la folie furieuse grave ne comporte que rarement une guérison complète et satisfaisante au point de vue scientifique, et souvent la légère faiblesse intellectuelle (notamment au point de vue de l'émotivité), qui reste comme résidu, indique une guérison défectueuse.

Indications thérapeutiques. — 1° Isolement. — Le fait clinique que les états maniaques sont des états d'excitation cérébrale et vont surtout de pair avec une hyperesthésie des fonctions psychiques et sensorielles, exige comme

[1] Mendel, *op. cit.*, compte 5 p. 100.

première mesure le repos psychique et une diététique du cerveau, c'est-à-dire éloignement de toutes les impressions vives des sens et en général de toutes les excitations psychiques. Pour remplir cette indication, il faut un isolement du malade fait selon les exigences de la science, isolement dont le degré doit toujours être conforme à celui de l'hyperesthésie cérébrale. Pour nombre de cas l'isolement seul suffit pour amener le malade à la guérison.

Cet isolement préserve aussi le malade des excès, notamment des excès d'alcool et in Venere, excès qu'il commettrait, à son grand détriment, s'il était en liberté.

2° Il faut protéger le malade et son entourage contre ses violences destructives. Il est rare qu'un malade se blesse lui-même (les cabanons tapissés de coussins sont donc inutiles, d'autant plus qu'il est difficile de les maintenir en état de propreté). Le fou furieux n'est pas aussi dangereux pour son entourage qu'on le suppose en général, excepté les cas de folie furieuse aiguë avec trouble grave de l'intelligence et émotions de colère. Beaucoup de fous furieux savent ce qu'ils font, gardent un reste de lucidité, bien qu'ils soient incapables de refréner leurs actions. La croyance que les fous furieux auraient une force extraordinaire n'est qu'un préjugé et le traitement par les chaînes et les camisoles de force basé sur cette légende, n'est qu'une barbarie. La contrainte mécanique ne s'impose que lorsque, en raison de la guérison, il est nécessaire de maintenir le malade dans une position horizontale (quand le cerveau est profondément anémié), ensuite dans le cas de masturbation continuelle et enfin dans le cas de blessures chirurgicales.

En essayant de modérer l'impulsion motrice par une contrainte mécanique et d'épargner ainsi la dépense de forces du malade, on n'obtient pas de résultats. Au contraire, le malade, en se démenant dans la camisole, se fatigue davantage. Beaucoup de cas de folie furieuse ne font que s'accentuer par l'application de la contrainte mécanique, surtout si l'on veut par ce moyen en imposer au malade. Il est un fait acquis, c'est que la violence de la folie furieuse s'est considérablement atténuée à mesure que le système du no-restraint a gagné du terrain. Quant aux fous furieux qui détruisent tout et qui se déshabillent sans cesse, il faut les laisser tout nus dans un cabanon chauffé et où il faut leur donner du varech ou mieux encore des crins de cheval pour se couvrir. On enlève tous les objets de la cellule. Dans quelques cas rares on peut employer passagèrement l'hyoscine ou la duboisine. Leur usage fréquent n'est cependant pas recommandable parce qu'il amène une baisse de la nutrition.

3° Maintien du malade dans un bon état de nutrition. — La fureur, l'insomnie, le délire consument les forces, et il faut trouver le moyen de les restaurer. Souvent le succès dépend de cette question : savoir si le trouble de la nutrition cérébrale est réparable quand la folie furieuse a suivi son cours ou s'il amène l'atrophie. Qu'on donne au malade une nourriture carnée abondante et forte ; qu'on le laisse manger autant qu'il voudra.

4° Combattre l'excitation cérébrale, l'impulsion motrice et l'insomnie.

Autrefois on concluait de la violence de la folie furieuse à l'existence d'inflammations ou de fluxions cérébrales, et l'on s'efforçait d'appliquer au malade tout le système curatif antiphlogistique et dérivatif.

Par là on ne fait qu'épuiser le cerveau (saignées), l'irriter (moxas, bains en avalanche, douches, sétons, vésicatoires) et nuire à la digestion (émétique, sulfate de cuivre, acétate de zinc). Ces moyens doivent tous être bannis de la thérapeutique. Il faut rejeter en général aussi les saignées, notamment les saignées générales.

Certes il existe souvent des fluxions qui méritent attention, mais elles sont causées par un trouble de l'innervation vaso-motrice ou bien elles sont les suites de l'excitation cérébrale. Une saignée ne peut dans ce cas servir à rien, mais plutôt nuire en augmentant la paralysie vasculaire et en appauvrissant le sang. Déjà le fait que la folie furieuse n'est souvent que la conséquence d'excès poussés trop loin ou de pertes de sang (puerperium), devrait décider le médecin à traiter le sang des malades avec beaucoup de ménagement, abstraction faite de cette circonstance que, dans la folie furieuse, la jactance, l'insomnie et les pertes caloriques nuisent par elles-mêmes aux processus de la nutrition.

Le traitement symptomatique de la folie furieuse ne peut être qu'un traitement individuel, car il faut prendre en considération les causes et les troubles anatomo-pathologiques dont on soupçonne l'existence. Dans les cas de folie furieuse qui se caractérisent par une fluxion considérable et où les phénomènes d'augmentation de l'irritabilité réflexe, les convulsions, les grincements de dents, l'étroitesse des pupilles, etc., dénotent une grande excitation cérébrale, il est permis de faire des soustractions de sang, mais jamais générales, seulement locales (sangsues). Ici une dérivation intestinale par le calomel, etc., peut être indiquée. L'ergotine aussi, par la voie sous-cutanée, mérite d'être utilisée.

Ordinairement dans ces cas aussi, comme dans les cas de folie furieuse, simplement fluxionaires, le bonnet de glace, les bains[1] avec compresses de glace et la digitale suffiront. Dans la folie furieuse avec prédominance des excitations sexuelles, l'emploi du bromure de potassium, à doses de 4 à 10 grammes, est indiqué.

Dans la folie furieuse provenant d'excès alcooliques, puis dans la folie furieuse dont le tableau clinique a surtout le caractère d'une émotion de colère, c'est l'application de l'opium et de la morphine qui conviendra.

Dans la folie furieuse provenant de l'anémie cérébrale ou ayant les symptômes de celle-ci, l'eau-de-vie, la bière, le vin et à l'occasion aussi l'hydrate de chloral seront les meilleurs calmants. Le repos au lit peut avoir aussi dans ce cas un effet très utile. Si l'agitation frénétique prend l'allure d'un état d'épuisement ou de stupeur, tout le traitement consiste dans le repos au lit, la chaleur, l'alimentation substantielle, le vin et la patience.

[1] Schwartzer. *Thermische Behandlung der man. Phase der Psychoneurose; Pester med. chirurg. Presse*, 1879.

Dans le stade de convalescence le malade a besoin de la plus étroite surveillance, de protection contre les excitations de toutes sortes afin qu'il n'y ait pas recrudescence de la maladie. S'il subsiste une grande excitabilité et qu'elle amène facilement des émotions de colère, la morphine est le meilleur moyen et offre en outre l'avantage d'abréger la durée de la convalescence.

Observation XIX. *Folie furieuse aiguë colèreuse, débutant par une émotion de colère.* — Wachs (Séraphine), dix-sept ans, a pour père un ivrogne. Plusieurs de ses frères et sœurs eurent des convulsions. A l'âge d'un an elle eut le typhus, puis elle souffrit du rachitisme. Ce n'est qu'arrivée à sa quatrième année qu'elle put marcher. Elle se développa bien au point de vue intellectuel, mais eut de tout temps un caractère emporté, irritable et sensible. Les règles arrivèrent à l'âge de quinze ans, sans malaises.

Le 10 mai 1878 elle entra en apprentissage chez une couturière. Le 12, elle se mit en colère contre une camarade qui lui demanda de laver la vaisselle. Elle considéra cette invitation comme une offense grave et se mit dans une colère violente. Elle avait justement ses menstrues. L'irritation colèreuse augmenta, elle en perdit le sommeil et, malgré elle, pensait toujours à son conflit avec sa camarade.

Le 19, elle fit une visite à une famille amie ; bientôt elle se mit à parler de son incident, parut confuse et dans un état d'agitation inquiétante. Quand on lui fit des observations sur l'insistance avec laquelle elle chicanait sur ce fait, elle se mit dans une colère excessive, maugréa, jura et s'emporta contre tout ce monde qui la froissait, sortit brusquement au milieu du tumulte de son émotion, ne rentra que tard le soir, le visage rouge, tempêtant, querellant, disant qu'elle ne se laisserait morigéner par personne. Elle ne dormit pas ni ne mangea pas, voulut à toute force partir et, quand on la retint, brisa tout ce qui se trouva sous sa main.

Au moment où elle est reçue à la clinique, la malade est en proie à un accès de folie furieuse empreinte de colère. Flot de paroles démesurées, idées désagréables et nombreuses, incohérence, gesticulation très vive. Tout essai pour la calmer ne fait qu'accentuer son irritation. Elle accable son entourage d'injures. Elle n'est plus malade, bien que la nuit dernière, après avoir eu une contrariété, elle ait eu un accès de folie, éprouvé de la chaleur dans la tête et n'ait pu dormir. Lorsqu'on veut la déshabiller, elle se met dans une colère violente, crache, donne des coups de pieds, se débat comme elle peut et menace de publier tout dans les journaux. Elle ne veut pas rester chez de pareils fous et, si elle a la condescendance de rester ici, au moins il faut qu'on la soigne d'une façon seigneuriale.

La malade est d'une petitesse de taille étonnante, très retardée dans son développement. Le thorax, le crâne gonflé comme une vessie avec bosses frontale et pariétale très saillantes, présentent des traces du rachitisme dont elle a autrefois souffert. Les dents aussi sont irrégulièrement implantées et cannelées. Les organes végétatifs ne présentent aucun trouble. Pouls à 100, plein, accéléré ; poids du corps : 31 kg. 50.

La malade reste en état de folie furieuse colèreuse jusqu'à la fin du mois de juin. Elle dort peu et son poids tombe à 29 kilogrammes.

Le phénomène le plus saillant dans ses périodes de rémission, est une opinion d'elle-même très élevée qui se manifeste par un langage précieux, par des attitudes de distinction et les grands airs qu'elle cherche à se donner et qui parfois sont mêlés aussi d'érotisme et de coquetterie. Ordinairement cependant la malade se trouve dans une irritation pleine de colère. Elle injurie, se démène dans sa cellule, déchire, souille, détruit parfois, se montre hostile à son entourage, marche très confuse des

idées qui roulent sur les offenses, les humiliations d'autrefois, avec mécontentement pour la nourriture, le service, l'isolement, etc.

Les injections de morphine ont un effet atténuant, mais non résolutif. Vers la fin du mois de juin, les explosions de colère deviennent plus rares; il se produit des intervalles d'épuisement d'une plus longue durée. La malade dort beaucoup, prend régulièrement de la nourriture qu'elle dédaignait souvent avant cette période. Le poids monte rapidement à 36 kilogrammes. Parfois, de légères velléités d'irritation coléreuse se manifestent encore, mais disparaissent spontanément, ou bien à la suite d'une injection de morphine. Pendant la plus grande partie du mois de juillet, la malade reste au lit, tranquille, épuisée et chiche de paroles. Au mois d'août, elle arrive à reconnaître complètement sa maladie et retrouve ses anciennes aptitudes au travail. Au mois de septembre, elle sort guérie. Lors de sa sortie de l'asile, le poids de son corps était de 41 kg. 500.

Observation XX. *Folie furieuse chronique. Succès de l'hydrothérapie.* — Mlle Kernbach, seize ans, bonne, a été reçue le 9 mars 1878. La mère était folle, la sœur cadette est aliénée périodiquement depuis la puberté. La malade était bien portante, bien douée, d'une vie rigoureusement morale, très émotive. La puberté, à treize ans, se passa sans accident.

Le 2 mars, elle devint malade après un accès de frayeur (son amoureux était tombé gravement malade). Elle avait justement ses menstrues. Elle perdit le sommeil, devint inconsciente, se mit à chanter et à rire. Le médecin, appelé le 6, constata une exaltation gaie, de la loquacité profuse; dans ses discours incohérents, la malade parlait d'amourettes, de rapports sexuels, de la perversion du monde et des hommes, de sa pureté à elle et de sa virginité. Passagèrement, elle déclara être le pape, le sauveur qui souffre pour toute l'humanité. Hâtivement, elle écrivait des lettres sur des sujets analogues à toutes les personnes imaginables. En même temps, allures théâtrales, exaltées.

Dès le 7, elle était atteinte de folie furieuse, détruisait, hurlait, chantait, salivait et, à force d'agitation motrice, elle n'arrivait pas même à manger; en venant à l'asile, elle voulait embrasser les hommes, maudissait et bénissait son entourage.

Quand on la reçoit, la malade est in dulci jubilo, espiègle, érotique, prend son entourage pour de vieilles connaissances, veut les embrasser. Souvent, revirement brusque à un état d'esprit douloureux pendant lequel elle s'arrache les cheveux, hurle et crie (des hallucinations terrifiantes en sont la cause). Poussées d'idées décousues et confuses, bavardage continu roulant sur des sujets érotiques et religieux. Parfois elle se met à rimailler (vers de mirliton). Elle saute, danse, fait des culbutes. Dans son agitation confuse, elle ne songe pas même à manger.

La malade est de taille moyenne, bien développée, ne présente aucune anomalie du squelette, aucune maladie végétative; l'examen de l'utérus, non plus, ne fait rien constater. Pas de fièvre, ni de troubles moteurs. Traits intelligents, mimique très vive. Poids : 48 kilogrammes. Insomnie constante, salivation profuse.

La malade reste en état de folie furieuse, chante, jubile, détruit, ne tolère plus de vêtements, a de nombreuses hallucinations visuelles et auditives, se barbouille d'excréments, se vêt d'une manière bizarre avec des chiffons. La confusion augmente. Il n'y a que des intervalles de repos rares et très courts. L'humeur est expansive; elle ne devient douloureuse ou pleine de colère que par épisodes rares. L'hydrate de chloral, la morphine, le bromure de potassium restent sans effet. Les bains et les enveloppements procurent du sommeil. Vers la première quinzaine du mois d'avril, la malade devient plus calme pendant la journée, moins confuse, la salivation disparaît et le trouble retombe au degré d'une exaltation maniaque (gaieté enfantine, espiègle,

sans cohérence, chant, rires, manières coquettes et érotiques). Ce n'est que passagèrement que se montre encore la fuite des idées et l'impulsion motrice qui se manifeste par la danse, par le barbouillage et par des actes de destruction. Le poids du corps qui, au mois d'avril, est tombé à 45 kilogrammes, augmente. Depuis fin avril, la malade dort spontanément. A la fin de juillet, l'exaltation maniaque tombe complètement. La malade traverse un léger stade d'épuisement qui dure cinq semaines et est renvoyée guérie vers la fin de septembre.

Observation XXI. *Folie furieuse avec nymphomanie passagère.* — Mlle S..., vingt-deux ans, fille de fonctionnaire, issue d'une famille tarée ; le père de sa mère était exalté, le frère de sa mère aliéné, le frère de son père excentrique, bizarre, la sœur de son père aliénée, sa sœur et son frère aliénés.

La malade s'est développée d'une manière normale, exempte de toute tare. A l'âge de deux ans elle eut un typhus grave avec délire. A l'âge de quinze ans, les menstrues arrivèrent sans malaises et revinrent régulièrement. Depuis quelque temps elle était chlorotique et avait besoin de beaucoup de sommeil.

Vers le milieu du mois de mai 1877, elle devint déprimée sans cause manifeste, fuyant le monde, devenant taciturne, souffrant d'angoisse précordiale, se plaignant d'anesthésie psychique, de dégoût de l'existence et d'abrutissement.

Le 5 septembre, la dépression mélancolique prit une allure maniaque; elle devint gaie, inconstante, bavarde, remuante, parlait de mariage, de ménage, de belles robes, tapotait pendant la moitié de la nuit sur le piano; elle était devenue très sensible, irritable, se plaignait de maux de tête, avait l'air congestionnée, avait la langue saburrale, ne voulait rien manger, était constipée. Les extrémités étaient fraîches, le pouls petit, à 80, les pupilles, de largeur moyenne, réagissaient. Pendant des heures entières, elle chantait, sifflait, riait. Avec les enveloppements, on obtenait un sommeil de plusieurs heures.

Avec une fluxion violente et constante (l'ergotine et le bonnet de glace ont été employés sans succès), la malade atteignit, le 14, l'apogée de la folie furieuse, de sorte qu'on dut l'envoyer à l'hôpital.

Quand elle fut reçue, elle était sans fièvre. Le poids était de 46 kilogrammes, la taille grande, svelte. Pas de fluxion. Le pouls à 48, petit, accéléré. Pas de stigmates de dégénérescence. Pas de maladies végétatives; névralgie intercostale du côté gauche.

L'hymen manque. La membrane muqueuse vaginale est relâchée, fluor albus modique, utérus en latéroversion. Salivation profuse, mimique très vive. La malade devient joyeuse, chante, crie, jubile. Le flot des pensées, le délire roulent sur des choses érotiques.

Elle se débarrasse de ses vêtements et se blottit, lascive, contre les médecins. Quand on la met au lit, elle soufflette les gardiennes, se remue, frotte son bassin. Elle est sans sommeil, très confuse, danse pendant la journée, tient des propos amoureux, chante, rime, se barbouille, s'arrange les cheveux, fait des mouvements de coït, bat son entourage. L'enveloppement et les bains ne produisent qu'un sommeil de quelques heures. La malade se promène nue, déchire tout, bavarde sans cesse, n'arrive plus à achever une phrase, parle les langues les plus diverses qu'elle connaît en les mélangeant à tort et à travers. En même temps, penchant à rimailler et à renverser les mots. Le sujet du délire porte essentiellement sur les choses érotiques.

Entre autres, elle est l'épouse du médecin et s'occupe d'un enfant. A l'époque des menstrues qui sont régulières, mais toujours très minimes, elle est véritablement nympho-maniaque et inabordable. Alors elle se barbouille de salive, d'excréments, de sang menstruel, se roule dans son urine, se place la tête en bas, les jambes en l'air, écarte les jambes, fait des mouvements de coït, se masturbe, salive.

La maladie n'offre que des rémissions minimes, le sommeil est provoqué alternativement par le chloral et par les enveloppements qui ont un excellent effet hypnotique. La malade ne dort pas spontanément. Elle a des hallucinations visuelles nombreuses, surtout pendant la nuit. Des hommes noirs, des êtres fantastiques, etc., l'entourent et l'inquiètent. A force d'agitation motrice, elle n'arrive jamais à prendre spontanément de la nourriture. La confusion dure, la nutrition baisse considérablement (poids : 45 kilogrammes, au commencement du mois de janvier 1878). Fin janvier, la malade, sortie de cette folie furieuse grave, se plaint de maux de tête, de cardialgie, de névralgie intercostale, s'informe du temps qu'elle a déjà passé à l'asile et demande si elle a été atteinte de typhus cérébral. Elle est encore assez confuse et se croit la femme du médecin. Il y a encore des recrudescences maniaques qui durent des heures ou des jours, surtout à l'époque des menstrues; elle se rapproche encore passagèrement de la nymphomanie. Puis les symptômes d'épuisement intellectuel se montrent de plus en plus distinctement : caractère sans consistance, facilité d'émotion avec réaction enfantine, grande irritabilité, penchant aux jeux enfantins. Les restes de l'agitation érotique se manifestent par son sans-gêne devant les médecins. Son poids monte progressivement à 47 kilogrammes. Au commencement du mois de mars, la malade devient calme, rangée, décente; elle reconnaît complètement son état morbide, se rappelle avec une exactitude pénible les incidents de sa maladie.

Au milieu de mars, les menstrues se produisent, grâce à l'administration de 8 grammes de bromure de potassium, avec une exaltation légère et une faible émotion érotique. La malade se sent encore très lasse, éreintée, émotive et peu courageuse au travail.

Au commencement du mois d'avril, ces résidus de la maladie disparaissent. Le poids monte à 50 kilogrammes.

Vers le milieu du mois d'avril, la malade est renvoyée. Lors d'une visite faite au milieu du mois de mai, la jeune fille était florissante et avait repris son poids normal de 60 kilogrammes.

CHAPITRE III

STUPIDITÉ OU DÉMENCE PRIMAIRE CURABLE[1]

La difficulté dans l'accomplissement des fonctions psychiques allant jusqu'à leur suppression et l'absence simultanée de toute sensibilité morale, tels sont les symptômes clinico-psychologiques de cette psychonévrose.

Comme complications peuvent survenir : la stupeur, des anomalies de l'innervation vaso-motrice (crampe vasculaire, paralysie vasculaire), des troubles de l'innervation motrice (catatoniques), des états d'excitation psycho-motrice épisodiques, de même que des hallucinations. L'entrée de ces dernières en scène (delusional stupor) forme des transitions cliniques vers la monomanie.

Ces états d'entrave de l'activité psychique et même parfois sa suppression sont différents des phénomènes analogues de l'idiotie, des états acquis; contrairement à l'incapacité intellectuelle de la mélancolie attonita résultant d'un arrêt de la faculté de réaction, ils manquent de toute base émotive, ils constituent, comparativement à l'état d'épuisement postmaniaque et ayant la forme de la stupeur, des maladies primaires; et, contrairement aux états de la démence progressive primaire (sénile, apoplectique, etc.) qui proviennent d'affections organiques profondes, ils représentent des maladies guérissables.

On a constaté que les causes de la suspension des fonctions de l'organe psychique sont l'épuisement de ce dernier, puis la secousse due aux trauma psychiques (émotion) ou à un trouble mécanique.

Dans les deux premiers cas il faudrait probablement une prédisposition, un cerveau peu capable de résistance, faiblement doué à l'origine ou devenu irritable ou épuisable avec une facilité anormale par suite de différentes causes.

[1] Dagonet, *Ann. méd. psychol.*, mars-mai. — Crichton-Browne, *West Riding lunat. asyl. reports*, vol. IV, p. 265. — Newington, *Journal of mental science*, 1874, octobre. — Schüle. *Handb.*, p. 495. — Gambari, *Sur la forme primaire stupide de la vésanie et sur sa séparation de la lypémanie. Gazz. lombard.*, 1864, 14, 22. — Taguet, *Démence simple primitive*. 1872. — Aldrige, *Psych. Centralbl.*, 1874, p. 198. — Lykke, *Schmidts Jahrb.*, 1880, p. 177. — Wille, *Arch. f. Psych.*, VIII, p. 219. — Schüle. *Zeitschr. f. Psych*, 38, p. 265. — Binswangen *Charité Annalen*, 4e année, p. 412.

Au point de vue pathogénique et clinique on peut donc distinguer des cas de stupidité par inanition et des cas provoqués par choc émotif et par trauma capitis.

I. — Stupidité résultant de l'épuisement de l'organe psychique

Cette forme clinique est la plus fréquente. Le renouvellement insuffisant des forces tendues et le trouble de la transmutation de ces dernières en force vivante sont probablement la cause de l'entrave dans la fonction de l'organe psychique, entrave qui peut aller jusqu'à la suppression de la fonction.

Ce sont toujours les personnes jeunes, délicates, faibles et névropathiques, qui tombent dans cet état d'épuisement. J'ai trouvé avec une fréquence frappante, comme éléments prédisposants, la microcéphalie et le crâne rachitique. Après trente ans, cet état d'épuisement psychique ne paraît plus se rencontrer. Une croissance rapide pendant les années de la puberté, surtout quand le surmenage intellectuel et physique est joint à une alimentation insuffisante, crée aussi une condition favorable au développement de cette maladie. Souvent cet état représente l'apogée d'une cérébrasthénie grave.

Comme causes accidentelles, il faut mentionner en première ligne : le puerpérium avec pertes de sang considérables, puis les maladies aiguës graves et les excès sexuels, surtout l'onanisme. A cette forme de la stupidité par épuisement et par trouble de la nutrition se rattachent probablement aussi ces cas plus récents où cet état s'est produit par suite de l'extirpation d'un goitre (cachexie strumiprive) ou après les intoxications par l'oxyde de carbone.

Au point de vue de la genèse, il faut ranger encore dans cette catégorie la stupeur par épuisement postmaniaque. A plusieurs reprises, j'ai vu la stupidité se produire artificiellement par le traitement rigoureux de la mélancolie et de la manie par saignées (saignées, sangsues). Le développement de la maladie est progressif. Le malade devient de jour en jour plus lent et plus lourd dans ses pensées et dans ses efforts ; comme absorbé dans ses pensées, il s'arrête et reste immobile pendant des heures entières au même point; il s'endort au milieu de son ouvrage. Au bout de quelques jours et même de quelques semaines, il se produit un état de démence stupide dans lequel le malade a à peine conscience de lui-même et du monde extérieur; il a perdu toute sa spontanéité et ne mène plus qu'une existence végétative. Il faut le pousser à tout, même aux actes les plus nécessaires. Il aperçoit à peine la nourriture qu'on place devant lui, il faut la lui mettre dans la bouche afin que les réflexes soient stimulés et que l'acte de la déglutition s'accomplisse.

La mine est confuse, sans expression, le regard vitreux, fixé dans le vide. Les pupilles sont dilatées et réagissent avec paresse. Les réflexes

cutanés sont considérablement diminués, pour la plupart tout à fait éteints, de sorte que même les fortes excitations électriques ne produisent plus d'impression.

Le tonus musculaire est abaissé, l'attitude molle. Aucune résistance n'est opposée aux interventions venant du dehors. Dans certains cas rares on se butte à des états de tension épisodique des muscles et à une attitude cataleptiforme. Dans les cas graves, il y a tremor inanitionis.

Si l'on réussit à décider par voie d'imitation le malade à montrer sa langue, on notera du tremblement et dans la plupart des cas aussi une convulsion fibrillaire des muscles de la bouche. L'action du cœur est faible, avec bruits sourds, le pouls ordinairement ralenti, petit, tardicrote et même monocrote. Si l'on promène le malade, si on crie, le pouls devient très fréquent. Les extrémités sont généralement froides et souvent même cyanotiques. Si le malade persévère pendant des heures dans l'attitude debout, des œdèmes se produisent aux pieds, mais disparaissent bientôt quand il prend une position horizontale. Le matin, au réveil, la figure paraît légèrement boursouflée.

La chaleur du corps est subnormale. Malgré l'ingestion abondante et non entravée d'aliments, la nutrition et le poids du corps baissent considérablement. A plusieurs reprises, j'ai constaté des différences allant jusqu'à 10 kilogrammes entre le poids de l'époque de l'entrée à l'asile et celui du moment de la sortie.

A l'apogée de la maladie, il y a constamment une augmentation souvent très considérable des phosphates dans l'urine. Le trouble profond de la nutrition se manifeste aussi par la sécheresse et la rigidité de la peau; Browne a trouvé chez ses malades une tendance au décubitus. Chez les femmes les menstrues cessent pendant la durée de la maladie. Par suite d'obstructions veineuses il y a souvent des catarrhes intestinaux et utérins.

Les cas d'origine masturbatoire se développent sous l'influence de la neurasthénie avec nosophobie, avec phénomènes accessoires de neurasthénie, surtout d'irritation spinale, de sorte que, même dans la plus profonde stupidité, les malades tressaillent encore quand on leur palpe la colonne vertébrale; il y a ensuite des phénomènes catatoniques assez fréquents (états de tension et d'engourdissement de la musculature, crampes locales toniques et cloniques allant jusqu'aux phénomènes épileptiformes généraux); occasionnellement hallucinations olfactives, et explosions ayant un caractère de raptus.

La respiration est superficielle, insuffisante. Par suite du trouble profond de l'intelligence, le malade est malpropre, laisse couler ses urines et la salive de sa bouche.

La marche de la stupidité, quand elle est l'expression de l'épuisement du cerveau, est rémittente avec exacerbation, en tant qu'il y a des heures et même des jours de vivacité intellectuelle, avec faculté du langage, mobilité et faculté de perception au milieu de l'état ordinairement muet, stupide et sans réaction.

Épisodiquement une confusion terrifiante avec poussée aveugle à se déplacer peut se produire (par suite d'hallucinations ou par une perception vague de cet état pénible d'abandon).

Comme phénomène intercurrent rare on note un état d'excitation psycho-motrice durant pendant des heures et même des jours, état dans lequel le malade chante, siffle, verbigère, va et vient sans but, accomplit des actes tout à fait impulsifs, tiraille ses vêtements et devient parfois agressif contre son entourage. Ces états d'excitation ne doivent pas être confondus avec la manie.

Si la maladie a une terminaison favorable, les rémissions deviennent plus durables et plus profondes. La mine se ranime, le malade commence à prononcer des mots et des phrases isolés; d'abord par imitation, plus tard spontanément il se met à exécuter des mouvements. Il commence aussi à ressentir douloureusement son incapacité psycho-motrice. Ces améliorations arrivent par secousses, parfois avec des états d'épuisement temporaire. Ce n'est que peu à peu, avec l'amélioration de la nutrition, l'augmentation considérable du poids du corps, la disparition des troubles de la circulation, l'excédent de phosphates dans l'urine et le rétablissement de la chaleur animale, que la guérison s'accomplit. Le souvenir de la maladie manque complètement ou n'est que très sommaire. La durée de la maladie peut s'étendre jusqu'à des mois.

Ce sont les cas provoqués par perte de sang qui semblent disparaître le plus promptement.

Le pronostic est favorable, étant donné l'âge jeune des malades et le caractère purement fonctionnel du processus. Dans certains cas plus rares l'épuisement fonctionnel passe à l'état d'imbécillité irréparable ; le dénouement fatal par phtisie pulmonaire ou par pneumonie est plus rare encore.

L'étiologie et les symptômes de la maladie indiquent un état de profonde anémie de l'organe psychique. Les constatations ophtalmoscopiques d'Aldridge (*West Riding lunat. reports*, IV, p. 291) qui concordent avec les miennes, indiquent l'existence de l'anémie. Dans les stades ultérieurs Aldridge a trouvé de l'œdème du fond de l'œil. Dans deux cas mortels, rapportés par Cr. Browne, on a trouvé dans l'un une hyperhémie veineuse de la pie-mère, dans l'autre un œdème avancé de la pie-mère et l'atrophie de quelques circonvolutions. Emminghaus a trouvé dans un cas de démence aiguë, succédant à une fièvre récurrente, un gonflement trouble des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale.

Le diagnostic juste de ces états, qu'autrefois on a souvent confondus avec la mélancolie attonita et même avec l'idiotie, est d'une grande importance. Il est impossible de les prendre pour des cas d'idiotie quand on tient compte de l'anamnèse. Ils se distinguent de la démence primaire et progressive, par leur début brusque, par les troubles moteurs qui se manifestent comme expression de la maladie cérébrale grave qui est leur base (apoplexie, athérome, etc.), ainsi que par la différence d'âge des malades.

Des difficultés de diagnostic peuvent exister pour les cas primaires de

sclérose cérébrale en foyers multiples ou diffuse, cas qui atteignent également de préférence la jeunesse.

Pour les premiers, le développement lent de la maladie, la présence relative de la paralysie psychique avec la conservation simultanée et d'assez longue durée des fonctions émotives et surtout éthiques supérieures, la faiblesse irritable du moral, l'abondance des troubles moteurs, spécialement spinaux (ataxie, tremblement intentionnel, rigidité des muscles, augmentation énorme des réflexes profonds, etc.), les troubles du langage, le nystagmus, etc., aideront à éclairer le diagnostic.

Ce n'est que par l'observation de la marche de la maladie qu'on peut arriver à distinguer la stupidité comme psychonévrose et la démence primaire progressive causée par la sclérose diffuse.

En présence de la mélancolie avec stupeur, voici ce dont il faut tenir compte pour le diagnostic différentiel.

Dans la stupidité, le début est généralement brusque ; dans la mélancolie avec stupeur, le début est progressif, se développe après la mélancolie ordinaire ; dans la première il y a absence d'impression sur le moral, dans la seconde il y a un état excessivement douloureux de la conscience ; là mine stupide, idiote, ici mine anxieusement tendue ; là baisse profonde de l'activité des centres de la volonté et pour cette raison attitude relâchée, tonus musculaire abaissé, absence de manifestations de la volonté, manque de résistance passive contre les interventions venant du dehors ; par contre, dans la mélancolie avec stupeur, il y a un état de tension particulière des muscles qui augmente énormément à chaque intervention provenant du dehors ; dans la stupidité il y a accidentellement des états d'excitation psycho-automatique, tandis qu'ici il y a souvent des accès réflexes brusques, qui surmontent l'entrave psycho-motrice et la tension et peuvent mener à des actes de violence contre l'entourage ou sa propre personne ; là anesthésie de perception, ici la sensibilité est conservée et se manifeste nettement par une accentuation de la tétanie, par des froncements des rides, etc., occasionnellement il y a des excitations sensitives ; là la conscience est supprimée avec amnésie pour le temps de la maladie, ici la conscience est préoccupée exclusivement par des représentations douloureuses avec souvenir assez exact du passé ; là incapacité de prendre spontanément des aliments, incapacité résultant de la faiblesse de perception ; ici refus positif de nourriture par suite d'illusions, de dégoût et par conséquent perte considérable du poids du corps ; là le froid, la cyanose, l'œdème, apparaissent très tôt ; ici ces phénomènes ne se produisent que dans les stades ultérieurs ; là ordinairement grande malpropreté ; ici généralement propreté et rétention des excréments par suite de l'innervation augmentée des sphincters ; là convalescence lente ; ici guérison parfois subite.

La thérapeutique de ces états doit chercher à rétablir le fonctionnement de l'écorce cérébrale très abaissé par le trouble de la nutrition et elle doit employer dans ce but le bon air, une nourriture substantielle, le vin, la bière, le repos, les stimulants de la respiration, et éviter les pertes caloriques inutiles. Le repos au lit est pour ainsi dire indispensable à l'apogée

de la maladie. La surveillance contre l'onanisme, assez fréquent dans ce cas, est nécessaire. Le fer, l'arsenic, la noix vomique et les préparations de quinquina, l'huile de foie de morue, les préparations de malt, trouvent ici leurs indications. La stimulation réflexe de l'innervation vasculaire par des frictions humides, mais pas trop froides de la peau, peuvent produire des effets utiles. Le massage électrique aussi (faradisation générale) mérite attention comme tonique et comme moyen d'intervention pour stimuler la mutation intraorganique et la respiration.

Cr. Browne vante les effets de la galvanisation centrale (5 à 20 éléments). Le ménagement du malade qui se fatigue facilement dans la convalescence, le dosage minutieux des travaux physiques et intellectuels sont aussi à envisager dans ce traitement.

Observation XXII. *Stupidité par suite de causes physiques et affaiblissantes.* — F...., vingt ans, ouvrier forgeron, autrefois très laborieux, très rangé et intelligent, a été amené le 25 février 1881 par son patron à la clinique psychiatrique.

Le malade est d'une famille sans tare, n'a jamais été malade autrefois, a travaillé dans sa dernière place du mois de juillet jusqu'à Noël de 1880, à la grande satisfaction de son patron; a été toujours gai et content. A partir de ce moment, il est devenu étrange. Il se renfermait la nuit dans sa chambre, sortait le matin difficilement du lit, avait toujours sommeil, bâillait beaucoup, devenait taciturne, négligent dans son travail, restait debout, les yeux fixes et comme dans un rêve. Dans les dernières semaines, il était devenu chiche de paroles, mangeait de moins en moins et de plus en plus lentement, préférait à tout rester dans sa chambre, couché sur son lit, oubliait son service et de manger, était devenu finalement tout à fait passif, ne réagissait que lentement quand on l'appelait à haute voix; c'est avec beaucoup de peine qu'on tira de lui la déclaration que quelque chose lui clochait dans la tête.

Le malade arrive à la clinique tout stupide et sans réaction. Il se laisse mettre au lit, ne paraît rien percevoir, se laisse introduire des aliments sans opposer aucune résistance, ne parle pas et a une existence purement végétative. Ce n'est qu'au bout de quelques jours et sur une insistance répétée qu'il donne à voix basse et souvent hésitante quelques renseignements sur sa personne. On ne peut rien savoir de lui sur son dernier séjour, ni sur ce qui se passe en lui.

Le malade est un garçon fluet, de taille très élancée ($1^m,80$), de constitution délicate; nutrition très abaissée, très anémique. L'œil a une expression névropathique, vague. Le crâne est de conformation normale (périphérie : $0^m,55$); les traits de la figure sont délicats et plutôt féminins. Les parties génitales sont bien développées. Le bassin se rapproche du type féminin (la distance des épines iliaques antéro-supérieures est de $0^m,295$); regard et mine fats, pupilles égales, un peu dilatées et réagissant avec paresse. Les fonctions végétatives s'accomplissent sans difficultés ni troubles. Le turgor vitalis manque, les extrémités sont froides, cyanotiques. L'urine contient des phosphates terreux en quantité. La peau est sèche, rigide et écailleuse. Le pouls est mou, retardé, monocrote, facilement compressible. La sensibilité des téguments cutanés est très abaissée; ce n'est qu'après avoir été fortement frotté avec le pinceau faradique que le malade fait une grimace douloureuse. Les membres sont lâches, le tonus musculaire abaissé, la respiration superficielle. Le pouls est en moyenne à 80; hors du lit, il monte au-dessus de 100; température : 36° à 36°,4. Traitement : repos au lit, bonne nourriture, vin, fer. Le poids du corps était, lors de l'entrée à l'asile, de 57 kg. 5.

Le malade reste stupide avec absence de réaction jusqu'à la fin du mois de mars.

A partir de ce moment se montrent des traces du retour de la vie intellectuelle. La mine se ranime. Le malade sourit parfois. En le questionnant avec insistance, on apprend qu'il va mieux. Il devient propre, commence à exécuter les mouvements qu'on lui commande, d'abord lentement, souvent avec hésitation, comme s'il devait rappeler ses souvenirs sur la façon de faire telle ou telle chose. Efforts spontanés seulement pour prendre la nourriture qu'on met devant lui et pour satisfaire ses besoins naturels.

La nutrition et la circulation se relèvent lentement. Hors du lit, le malade présente immédiatement des phénomènes de faiblesse cardiaque, avec extrémités glacées et cyanotiques.

Au commencement du mois de mai, le turgor vitalis revient. L'action du cœur devient vigoureuse, le pouls plus plein, légèrement accéléré, la cyanose des extrémités disparaît, la peau devient chaude et humide, les joues rougissent, le poids du corps monte considérablement. Le malade devient plus libre au point de vue moteur, fait preuve de spontanéité, aide dans les simples ouvrages du ménage et joue aux cartes. La voix devient plus forte et plus haute, la communication des pensées plus facile.

Il y a des journées, surtout quand il est resté trop longtemps hors du lit et a travaillé, où il redevient un peu ahuri, paresseux; mais en somme il gagne de semaine en semaine des forces physiques et intellectuelles. Le 10 juin, il est renvoyé complètement guéri. En quittant l'asile, le poids de son corps était de 63 kg 5.

Le status retrospectivus a fourni les données suivantes : depuis la fête de Noël 1880, il était devenu las, ahuri, oublieux; il s'est senti faible sur ses membres et éprouvait parfois de l'angoisse dans la région du cœur. Finalement, il est devenu tout abruti et tout désorienté. De ce qui s'est passé ensuite, il n'a qu'un souvenir sommaire.

Les éléments mélancoliques, le délire et les hallucinations n'ont pu être décelés, et ne ressortent pas non plus de l'examen. Depuis Pâques, il s'est senti plus dégagé de la tête et s'est remis à penser. Le malade attribue sa maladie au travail fatigant de forgeron, à sa nourriture frugale et à ses excès de masturbation; ajoutons en plus sa constitution névropathique et la croissance rapide de sa taille dans ces dernières années : les manches de son veston, qu'il avait acheté il y a deux ans, lui étaient devenues trop courtes d'au moins $0^{m},06$.

La guérison s'est maintenue.

II. — Stupidité par choc psychique

Ce groupe clinico-étiologique se lie au précédent et forme la transition vers le groupe suivant. L'élément causal est une émotion, ordinairement la terreur; l'élément pathogénique est probablement un trouble vasomoteur (crampe vasculaire) provoqué par le choc émotif. Il y a toujours une prédisposition et celle-ci est encore plus décisive ici que dans les cas du groupe précédent. Quand la prédisposition est forte (cerveau taré, ordinairement neurasthénique ou épuisé autrement, hystérie, etc.) le choc psychique peut supprimer immédiatement l'intégrité des fonctions intellectuelles.

Il y a des maladies analogues, fonctionnellement mais limitées : telles sont l'aphasie produite par la terreur et les monoplégies hystériques.

L'explosion de la maladie est toujours brusque. Elle débute immédiatement par la stupeur, ou bien elle se développe après un état d'émotion pathologique ou de confusion anxieuse qui dure des heures et même des jours et qui se manifeste avec ou sans délire et hallucinations. Il y a des cas légers de simple confusion ou de torpeur intellectuelle et il y a des cas graves d'obnubilation intellectuelle profonde allant jusqu'à la stupeur.

Ces derniers sont caractérisés par un pouls spasmodique qui alterne souvent avec des états diamétralement différents de paralysie vasculaire (puis fluxion violente, et même augmentation de la température allant jusqu'à 39° et plus, inquiétude anxieuse avec délires vagues ou stupeur profonde comme expression probable des phénomènes de transsudation).

Les cas légers disparaissent d'ordinaire au bout de quelques semaines. Les cas graves, et il faut ranger dans cette catégorie tous ceux où la participation des vaso-moteurs est prononcée et où la stupeur prédomine, peuvent se terminer au bout de plusieurs mois après des rémissions et des exacerbations, mais ils peuvent aussi, sous forme de phénomènes de paralysie vasculaire durable, passer à l'état d'imbécillité apathique.

En face des cas de simple stupidité par épuisement il faut encore noter, au point de vue du diagnostic, que souvent le phénomène qui a provoqué l'émotion primitive provoque parfois, au cours de la maladie, des réminiscences, mais sous forme délirante.

Observation XXIII. — Georges Rheinthal, vingt-cinq ans, contremaître, a été reçu le 15 juin 1887 à la clinique psychiatrique. Les parents, dit-on, auraient été sains ; une sœur est devenue épileptique à la puberté et sans qu'on en sache la cause. Le malade était bien doué, travailleur, rangé dans sa vie et de cœur tendre et sensible. Il n'a pas eu de maladies graves. Chaque année au printemps il avait des rhinorrhées profuses; il n'en a pas eu en 1877. Il travaillait très fort depuis plusieurs mois; de plus il eut, dans son travail, des contrariétés. Le 12 juin il eut une contrariété violente. Il rentra chez lui bouleversé, parla peu, se mit à rêvasser, alla pour se ragaillardir au cabaret, où il but environ 3 à 4 litres de vin, eut de nouveau une scène irritante, ne dormit pas la nuit du 12 au 13, sans cesse préoccupé de l'offense qu'il avait reçue.

Le 13 il alla encore à son atelier, mais on dut le ramener chez lui, car il regardait sans cesse fixement devant lui. Il était pâle et ne parlait pas.

La nuit d'avant le 14 se passa sans sommeil, et le malade se plaignait sans cesse de l'offense qu'il avait reçue. Le 14 il resta couché, tranquille et silencieux. Dans la nuit du 14 au 15 il devint anxieux et demanda un prêtre.

Reçu le 15, il est pâle, sans fièvre, avec pouls petit ; l'artère est contractée; il est épuisé, confus, désorienté sur le temps et les lieux. Il se croit en prison bien qu'il ne soit coupable de rien. Ce n'est qu'après des questions réitérées et insistantes qu'il répond brièvement et à voix basse et hésitante. L'attitude est relâchée, fatiguée, les yeux écarquillés, le regard fixe, les pupilles larges, réagissant avec paresse. Le pouls a 72; respiration superficielle, accélérée. Le malade est de taille moyenne, très amaigri; rien à constater du côté des organes végétatifs. Circonférence du crâne : 54. Rhombocéphalie (diamètre diagonal, à droite 12, à gauche 13). Bosse frontale proéminente. Pas de stigmates de rachitisme.

Le malade, à la période suivante, est entravé, perdu, confus, désorienté ; il regarde fixement devant lui, muet, et il a perdu toute initiative. Il y a absence

d'impressions morales, seulement, par-ci par-là, il est anxieux. Le sommeil manque au début, mais se produit plus tard sous l'influence de la paraldéhyde.

Le 23, le malade se ranime au point de vue intellectuel, sa mine est plus vive, sa voix plus forte. Il nous raconte que le 13, après avoir eu une violente contrariété, il est devenu tout confus. Depuis deux jours, il se sent mieux de la tête. Il n'a qu'un souvenir sommaire de la période de sa maladie qu'il évalue à deux jours de folie.

Le 30, après une rhinorrhée profuse, le malade se dégage de nouveau au point de vue psychique et mimique. Il raconte qu'il était dans une confusion anxieuse, qu'il ne se connaissait plus, qu'il ne pouvait pas avoir une pensée. Le monde extérieur lui paraissait tout à fait changé et incompréhensible. Il avait mal à la tête et du vertige. Il ne se rappelle pas de ses hallucinations. Il est renvoyé guéri le 10 juillet 1887.

III. — Stupidité par choc mécanique[1]

Des phénomènes de commotion cérébrale se rapprochent parfois et il résulte directement de cette commotion des états de profonde torpeur intellectuelle pouvant aller jusqu'à la disparition de la conscience de la personnalité, états qu'on pourrait désigner comme des psychoses dues à la commotion traumatique et qu'on pourrait interpréter comme la forme secondaire de la commotion de l'organe psychique après le rétablissement de la fonction des centres subcorticaux et automatiques. Ces états de l'écorce cérébrale qui pourraient être comparés à la stupeur par blessure sont probablement occasionnés par un trouble des conditions moléculaires produites par le trauma. Fonctionnellement on peut les considérer comme des processus d'entrave dans l'organe psychique, de même qu'en général la commotion cérébrale apparaît d'après l'observation scientifique moderne comme une névrose d'arrêt du cerveau. Des conditions analogues paraissent être créées par la strangulation[2].

La stupidité dans ces cas traumatiques paraît représenter l'ensemble des processus d'entrave dans les divers territoires et centres de l'écorce cérébrale ; du moins dans les cas classiques on observe une variation d'intensité dans les lacunes fonctionnelles des divers centres et une variabilité dans l'époque à laquelle les fonctions de ces centres se raniment. Le pronostic paraît favorable.

Observation XXIV. — Le 10 juin 1887, a été reçu Hubmann, valet de ferme, vingt-neuf ans, originaire de la Styrie, à la section de chirurgie de l'hôpital de Gratz. Il semble ne pas comprendre les questions, ne rien saisir, donne comme son nom celui de Franz Mehlmauer, n'a pas de fièvre ; pouls à 64 ; système végétatif tout à fait normal. La joue gauche est sigillée, l'oreille droite est remplie de caillots de sang, la membrane tympanique est intacte. Le malade titube en marchant comme un homme ivre et garde un calme stupide.

Température : 36,8 à 37,4.

[1] Huguenin, *Ziemssens Handb.*, XI, p. 673. — Wille, *Arch. f. Psych.*, VIII, p. 619. — Hartmann, *Ibid.*, XV.

[2] Spielmann, *Diagnostik*, p. 285. Le cas de Kahlbaum « Catatonie » de Meding. (*Siebenhaar's Magazin*).

Dans la nuit du 14, il se lève, court en chemise à travers la cour ; on le retrouve tout barbouillé d'excréments et on l'amène à la clinique psychiatrique.

Je le trouve le 15 au matin tout à fait stupide ; il dort beaucoup, bâille souvent, a une mine ensommeillée et idiote. Il entend et voit, mais ne comprend pas les impressions ; aux questions posées il répond d'une manière tout à fait inintelligible, prend la nourriture qu'on lui offre, descend du lit d'un pas chancelant pour satisfaire ses besoins naturels, mais il est tout à fait désorienté et ne retrouve plus son lit.

Le crâne est normal, sans traces de trauma, insensible à la percussion. Pas de vomissements. La température est de 38,4 le 15 au matin, 38,2 le soir, 37,4 le 16 et, à partir de ce moment, normale. La sensibilité à la douleur est intacte, mais le malade fait des mouvements de défense mal appropriés aux circonstances. Le réflexe patellaire manque. Les pupilles sont de largeur moyenne, égales, et réagissent bien.

Le 16, le malade dort presque sans cesse et on est obligé de l'inviter à tout faire, même les actes les plus indispensables. Absence de toute spontanéité, mais les conceptions de mouvement sont à peu près intactes. Le malade n'a aucune idée du monde extérieur. Si l'on vise avec une aiguille son œil, il ne fait pas le mouvement palpébral protecteur. A l'attouchement du globe oculaire il y a réflexe palpébral.

Le 17, le malade est un peu plus dégagé, montre des traces d'attention et de spontanéité. Sa démarche est plus sûre. Il commence à parler. Il est ataxo-aphasique. Il désigne un florin d'argent par le terme de « losel ». Il comprend une question faite sur sa santé. « Cela ne va pas trop mal ; il a fait une chute, il y a trois ans. » Il saisit avec intérêt les objets, mais il n'en connaît pas la signification ; il a de la surdité des mots et de la cécité psychique.

Le réflexe patellaire dont l'absence constituait jusque-là un phénomène partiel du processus de l'entrave générale du cerveau, se manifeste aujourd'hui avec promptitude, s'accentue un peu les jours suivants pour revenir ensuite au degré normal.

Le 21, otorrhée de l'oreille droite ; les centres optiques et acoustiques se remettent à fonctionner. Le malade est encore aphasique.

Par le dossier du parquet qui vient d'être transmis, on apprend que le 6 juin 1887 le malade a reçu d'un autre valet de ferme un coup de bûche de bois sur la tête, qu'il s'est affaissé immédiatement sans connaissance et que le sang lui est sorti de l'oreille droite. Plus tard il se mit à rendre la nourriture et à vomir aussi des glaires sanglantes. Une ecchymose considérable s'est produite sur la tempe gauche. Le médecin qu'on amena trouva le malade dans le coma, le pouls à 80 ou 84, la température normale, le coin de la bouche tiré à gauche.

Le 8 juin, le malade a été examiné par les médecins légistes. Ils l'ont trouvé sans connaissance et seulement capable d'émettre des sons inarticulés.

Le 24 juin, le malade devient à vue d'œil de plus en plus valide psychiquement ; il reconnaît l'heure indiquée sur une montre, devient plus dégagé au point de vue du langage, paraît en outre moins ataxo-aphasique, mais reste toujours désorienté et confus.

Le 26, il se croit chez lui, s'est arrêté dans sa chronologie au 4 ou 5 juin, ne sait rien du coup qu'il a reçu à la tête. Il comprend toutes les questions, connaît la signification des objets qu'on lui montre, mais est souvent incapable de les désigner par leur nom (amnésie aphasique). Il ne peut non plus se souvenir des événements qui ont eu lieu la veille, entre autres d'une démonstration clinique.

Le 28, la faculté de penser se dégage de plus en plus, mais est toujours ralentie et laborieuse. L'aphasie disparaît. Comme auparavant, il a toujours de l'amnésie pour l'époque du trauma et de la maladie.

Le 2 juillet, la faculté de s'orienter sur le temps et sur les lieux lui revient, le souvenir du trauma et de toutes les circonstances qui l'ont accompagné lui revient également. Etat de santé parfait.

Dans le status retrospectivus du 14 juillet, le malade rapporte que, aussitôt après avoir été frappé, il perdit connaissance. Ce n'est que le 10, pendant son transfert à Gratz, que la connaissance lui revint juste assez pour s'apercevoir qu'il traversait en voiture un village, mais il ne reconnut ni sa sœur ni un garçon de ferme, son camarade, qui l'accompagnaient. A partir de ce moment il n'eut de nouveau connaissance de rien. De cette époque jusqu'au 23 juin, il ne peut dire que ceci : qu'il a eu continuellement du vertige, qu'il a eu sommeil et qu'il éprouvait des douleurs à la tête quand il se couchait sur le flanc droit.

Le 22 juin, il s'est aperçu tout d'un coup qu'on avait posé devant lui de la nourriture et qu'il se trouvait au lit. Le 23 et le 24 il a demandé à son entourage où il se trouvait et qu'est-ce qui s'était passé. Peu à peu il s'est rappelé lui-même tous les incidents. Un examen et une observation minutieux permettent de constater qu'il n'y a plus de troubles ni des fonctions psychiques ni des fonctions cérébrales ; le malade est donc renvoyé comme guéri le 20 juillet.

CHAPITRE IV

FOLIE HALLUCINATOIRE[1]

Les formes de folie que nous allons décrire ont essentiellement la même base que la forme clinique de la stupidité que nous venons d'analyser dans le chapitre III, c'est-à-dire qu'ils reposent sur l'épuisement fonctionnel, sur l'asthénie du système nerveux (psychonévroses asthéniques).

Il n'y a que cette différence que l'épuisement cérébral ne va pas ou va seulement épisodiquement jusqu'à la suppression complète des processus psychiques et que, dans le cerveau épuisé, les processus d'excitation ont lieu essentiellement dans les centres sensitifs et accidentellement aussi dans les régions psycho-motrices de l'écorce cérébrale.

La description que nous allons donner ici fait rentrer dans le cadre des maladies désignées par Meynert sous le nom de folie hallucinatoire, les psychoses par épuisement fonctionnel qui se rapportent aux phénomènes psychiques supérieurs, à la formation des conclusions et des jugements, et dont les symptômes principaux sont des hallucinations et des délires qui résultent pour la plupart de ces dernières, accompagnés d'anomalies dans l'état d'esprit et de phénomènes de réaction.

Les modes d'origine de cette maladie délirante sont essentiellement les mêmes que ceux des délires d'inanition et fébriles, c'est-à-dire dus à des troubles de nutrition dans l'écorce cérébrale ; en effet, ces formes de folie apparaissent souvent après les maladies fébriles, comme psychoses post-fébriles. La transition de ces délires, — pour la plupart passagers et qui constituent des phénomènes accessoires des processus fébriles, — aux psychoses asthéniques, postfébriles et secondaires, sont imperceptibles.

Quand l'état délirant est indépendant de la maladie somatique causale, quand il lui survit ou se développe seulement au cours de la convalescence,

[1] Littérature : Westphal, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34. — Schäfer, *Ibid.*, 36, p. 252; 37, p. 55. — Scholz, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1880, n° 33. — Tiling, *Psychiat. Centralblatt*, 1878, n°s 4 et 5, p. 101. — Ripping, *Die Geistesstörungen*, etc., 1877, p. 49. — Mendel, *Die Manie*, 1882, p. 55. — Meynert, *Jahrb. f. Psych.*, 1881, t. II, fasc. 2 et 3, formes aiguës de la folie. — Kraepelin, *Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten*, 1881 (*Arch. f. Psych.*, XI et XII). — Merklin, *Studie über die primäre Verrücktheit*, Dorpat, 1879, p. 65. — Wille, *Arch. f. Psych.*, XIX, fasc. 2.

il apparaît comme un état autonome distinct particulier par sa marche et le développement de ses symptômes.

La cause qui rend ce type morbide autonome réside probablement dans les prédispositions particulières du cerveau atteint de troubles généraux de la nutrition (fièvre, processus d'inanition).

Ces prédispositions consistent dans le fait que le cerveau de l'individu malade est extraordinairement facile à épuiser et capable de très peu de résistance. Cette faiblesse irritable peut avoir pour cause spéciale une constitution névropathique souvent héréditaire, souvent avec stigmates palpables d'hydrocéphalie rachitique (Meynert); ou bien elle peut être acquise par le surmenage intellectuel et physique, par des excès alcooliques et sexuels, par les mauvaises conditions d'existence, par les maladies chroniques qui atteignent la nutrition générale (par exemple, affections gastriques, anémies, suppurations), par les couches fréquentes, la lactation, etc.

On comprend que sur un tel terrain, des causes accidentelles telles que celles produites par les accouchements, les hémorragies, les processus fébriles et autres affections aiguës de l'organisme, provoquent des troubles de nutrition dans l'écorce cérébrale, troubles qui ne disparaissent pas tout de suite, mais qui, au contraire, occasionnent fatalement des troubles durables et profonds des fonctions psychiques.

Dans cette catégorie rentrent une grande partie des psychoses dites postfébriles ou psychoses qui se produisent à la suite des maladies aiguës débilitantes. Parmi celles-ci il faut citer notamment les cas de folie (hallucinatoire) qui se développent dans la cachexie intermittente et peuvent durer pendant des années, puis le délire hallucinatoire secondaire avec confusion qui se produit dans la troisième ou sixième semaine du rhumatisme articulaire aigu. Il faut ajouter les folies postfébriles à la suite de pneumonie, fréquentes surtout chez les potatores, enfin les psychoses nombreuses de la convalescence du typhus.

Ces états d'inanition ne sont pas rares dans les prisons (certains cas de folie des prisons). A cette catégorie appartiennent aussi un grand nombre de psychoses puerpérales qu'on classe souvent dans le groupe des manies (Fürstner : folie hallucinatoire).

Au point de vue purement symptomatologique on devrait y ranger aussi le délire de persécution alcoolique spécifique, puis les délires épileptiques et les délires hystériques secondaires et leurs équivalents.

Il est évident que les folies épisodiques ne sont pas très rares non plus ni dans la paranoïa ni dans les mélancolies et les manies qui se développent et évoluent sur le terrain d'un cerveau épuisé; car l'insomnie, le refus de nourriture, la dépense excessive des forces vitales sans compensation suffisante, font qu'à l'apogée de la maladie, des délires d'inanition avec prédominance des hallucinations s'intercalent et effacent le tableau mélancolique, maniaque et paranoïque, qui ne réapparaît comme forme originaire de la maladie que lorsqu'il se produit une amélioration de l'état constitutionnel.

Les maladies que nous appelons ici folie correspondent en grande partie à celles que d'autres auteurs ont décrites sous le nom de démence primaire aiguë (Westphal), de confusion hallucinatoire, manie hallucinatoire (Mendel), de delusional stupor (Newington).

Le stade d'incubation de la folie est court et dépasse rarement quelques heures et surtout quelques jours, quand des phénomènes d'épuisement nerveux ou de faiblesse irritable l'ont précédé depuis longtemps.

L'insomnie ou un sommeil peu réparateur, accompagnés de rêves terrifiants et de soubresauts fréquents, l'agitation nerveuse, l'irritation, l'oppression anxieuse, le mal de tête, les vertiges, la dépression, la difficulté et la confusion dans la marche des conceptions, les hallucinations isolées, tels sont les phénomènes presque constants du tableau morbide en voie de développement.

L'ascension se fait rapidement et est accompagnée par des délires des sens qui s'accumulent. Le symptôme principal, à l'apogée de la maladie, est constitué par des hallucinations et des illusions. Elles intéressent, notamment dans les cas aigus, d'abord la vue, puis l'ouïe, le toucher, l'odorat, la gustation. Souvent elles se manifestent dans toutes les régions sensorielles et en nombre tel que bientôt une obnubilation considérable de la conscience se produit. Les malades sont confus, et tout à fait désorientés sur leur situation.

Dans les cas aigus avec agitation il se produit des changements continuels et variés dans les hallucinations et les illusions. Dans les cas qui prennent plutôt une marche chronique, les hallucinations ne sont pas aussi nombreuses ni aussi épisodiques que dans les cas aigus, de sorte que des délires d'une certaine durée et d'une certaine cohésion peuvent se développer.

La nature des délires est multiple et variable. Il y a des délires de persécution, d'empoisonnement, de culpabilité, des délires hypocondriaques, érotiques, religieux avec idées de grandeurs qui, dans leur objet, sont analogues à ceux des paranoïques, mais ne sont pas systématiques. Ils se rattachent presque exclusivement à des hallucinations, ou bien ce sont des délires primordiaux. Ce n'est qu'accidentellement qu'ils représentent des interprétations allégoriques de sensations réelles.

Le malade, suivant le sujet qui occupe momentanément sa conscience obnubilée, est absorbé, anxieux, irrité, contrarié, heureux, étonné, délirant; il se prend aussi passagèrement pour un possédé, pour un saint, un dieu, un empereur, etc.; passagèrement aussi il donne une conclusion à une série d'hallucinations et de délires, mais il n'arrive point à échafauder un système monomaniaque, ni à transformer d'une manière durable sa personnalité dans le sens des délires.

Dans les cas plus graves et quand l'état d'épuisement est épisodiquement plus profond, le délire des grandeurs semble prédominer. Dans d'autres cas, le délire roule presque exclusivement sur des situations terrifiantes. Mais différencier la maladie selon le sujet du délire, nous paraît ici inutile et inopportun.

Un autre fait clinique très important, c'est l'obnubilation de l'intelligence du malade, sa désorientation en ce qui concerne le temps et les lieux. Ce fait explique la confusion de ses paroles et de ses actes.

Cette confusion peut se ramener essentiellement aux deux séries de symptômes fondamentaux du tableau morbide : à la faiblesse fonctionnelle de la pensée et à l'envahissement de la conscience par les délires des sens.

Le premier trouble paraît particulièrement grave par ses conséquences en ce qui concerne la perception et les processus de formation des conclusions et des jugements. La perception du cerveau épuisé peut, d'une part, être simplement affaiblie, débilitée, et aller jusqu'à la cécité et à la surdité psychique; d'autre part, elle est troublée, parce que l'attention du malade est absorbée par des phénomènes illusoires et hallucinatoires très intenses et très variés.

Comme la perception des excitations des sens venant du monde extérieur n'est pas impossible et que souvent elle ne se manifeste dans la conscience que faussée, comme, en outre, des phénomènes purement subjectifs existent dans la conscience à côté des phénomènes objectifs exacts en partie, il se produit fatalement cette confusion et cette désorientation qui sont pour ainsi dire la caractéristique de ces états morbides.

A côté des troubles de la perception il y a encore d'autres troubles importants dans la marche des conceptions : l'intrusion continuelle des délires et des hallucinations dans la marche des idées qui par hasard ont pu se développer d'une façon logique, ce qui fait que le fil des idées est à chaque instant rompu et qu'il se fait des associations d'idées tout à fait disparates et nouvelles; ensuite une obsession dans les processus d'association qui sont affaiblis, associe souvent des conceptions tout à fait hétérogènes et qui n'ont qu'une similitude superficielle d'homonymie ou d'assonance. A tout cela s'ajoute encore la grande baisse de la faculté de conclure et de juger, suite de la faiblesse fonctionnelle du cerveau.

Voilà ce qui explique aussi ce fait important que l'abondance des délires et des hallucinations ne peut trouver une utilisation ni une liaison logique pour former des idées délirantes systématiques.

Le trouble de l'intelligence du malade halluciné et confus n'est pas cependant aussi profond que chez le stupide, et voilà ce qui fait probablement que, à part des épisodes de véritable stupeur, il a une mémoire assez fidèle pour tous les événements délirants de sa maladie, et que, dans les périodes de détente, quand une perception juste lui revient et que temporairement il est capable de conclure, il a une compréhension juste de son état, se déclare fou, somnambule, etc., parle d'aliénation mentale, d'asile ou du moins prétend être envoûté, ensorcelé, hypnotisé.

Les états d'esprit et les émotions qui ressortent souvent très vivement dans le tableau morbide sont tous des phénomènes de réaction contre les faits primaires de l'hallucination et du délire. Mais ils sont très passagers et variables, étant donné les variations rapides du sujet des hallucinations. Comme ce sont les hallucinations terrifiantes et les délires de persécution

qui d'ordinaire prédominent, on rencontre plus souvent de l'angoisse et des émotions déprimantes.

On ne peut guère savoir si, chez ces malades, les sentiments d'angoisse se produisent spontanément. Par suite des phénomènes subjectifs terrifiants et de la perception en sens hostile, il y a souvent une grande irritation, des agressions dangereuses contre l'entourage et même contre leur propre vie, et enfin des tentatives d'évasion désespérées. Souvent il y a refus de nourriture en raison d'un délire d'empoisonnement avec hallucinations. De même que les émotions, les actes des malades sont également des phénomènes purement réactifs. Les actes sont aussi violents et incohérents que les délires qui les motivent; étant donné la confusion des malades, ils sont comme ceux du délire en général, souvent sans aucun but et tout à fait insensés. L'évolution de la maladie se fait avec des rémissions et des exacerbations. Les premières sont souvent tout à fait inattendues et arrivent jusqu'à une lucidité relative. Les dernières sont souvent en corrélation avec de nouvelles causes débilitantes, telles que l'insomnie constante, le refus de nourriture. Les processus de la menstruation provoquent presque régulièrement des exacerbations, même quand l'hémorragie menstruelle ne se produit pas et que la perte de sang n'existe pas comme cause débilitante.

Dans les périodes de détente des phénomènes d'excitation (hallucinations, délires), le tableau de l'épuisement cérébral apparaît avec une anomalie d'humeur quérulante ou irascible.

Dans les cas graves on observe, comme états épisodiques, des états de stupeur qui peuvent durer des semaines entières, ainsi que des états maniaques dont la durée varie entre quelques heures et une journée. Ces derniers peuvent se rapprocher du tableau des manies graves de l'excitation cérébrale, mais il leur manque le flot des idées exprimées et l'on peut les interpréter comme des états d'excitation cérébrale psycho-motrice, car ils marchent ordinairement de pair avec la verbigération, les mouvements automatiques à forme convulsive (siffler, grimacer, etc.). Accidentellement des crampes toniques et cloniques, des états cataleptiques ou extatiques (catatoniques) peuvent se produire.

L'atteinte plus ou moins considérable de l'organisme en général dans la maladie peut se mesurer par la baisse profonde de la nutrition ; la chaleur du corps subnormale, l'abaissement du turgor vitalis, le pouls chétif et facile à supprimer, la cessation des règles, tels sont les phénomènes qui se produisent à l'apogée de la maladie. Dans un cas, observé par l'auteur, le poids d'une femme était, lors de son entrée à l'asile, de 43 kilogrammes et de 61,2 lors de son départ de l'asile. On observe souvent le tremor d'inanition à la langue et aux extrémités. A l'apogée de la maladie le sommeil est presque toujours très troublé.

La durée de la maladie est en moyenne de quelques mois, cependant les cas abortifs qui se terminent au bout de quelques jours ou de quelques semaines, de même que les cas qui mettent une année à évoluer, ne sont pas rares. Les cas menstruels et post-fébriles sont en général ceux dont la

durée est en général la plus courte, tandis que les cas puerpéraux sont plutôt d'une durée moyenne.

Les terminaisons de ces états vésaniques sont: la guérison, la transition aux états de débilité intellectuelle inguérissable, et la mort. Le pronostic est assez favorable. Il y eut guérison dans 70 p. 100 des cas que j'ai traités.

Comme précurseurs de la guérison apparaissent les états d'épuisement qui surviennent à la période d'excitation délirante et qui sont souvent accompagnés d'une anomalie d'humeur irritable ; dans les cas graves, une stupeur par épuisement peut constituer la transition vers la guérison. Meynert a vu aussi la maladie disparaître à la suite d'états maniaques. Il suppose que la manie, basée sur une hyperhémie fonctionnelle, peut devenir un moyen pour restaurer le cerveau épuisé (par anémie) et troublé par les hallucinations en y amenant un afflux de sang artériel.

La terminaison par la débilité intellectuelle incurable se produit quand le cerveau épuisé ne se rétablit pas au point de vue de la nutrition, et qu'il subit des métamorphoses régressives aboutissant à l'atrophie de l'écorce cérébrale. Il se produit alors des lacunes permanentes dans les travaux psychiques, le cerveau devient de plus en plus incapable de perception juste et de former des jugements et des conclusions, bien que les délires et les hallucinations deviennent de plus en plus rares et pâlissent.

Les réactions de l'état d'esprit et des actes deviendront alors aussi de plus en plus faibles et se fragmenteront. Ainsi, il se forme peu à peu un état permanent de confusion générale.

Je n'ai jamais observé de cas de transition à la paranoïa systématique. Cela n'est guère imaginable, même en théorie, car, à l'apogée de la maladie, le cerveau épuisé ne se rétablit jamais au point de pouvoir donner une liaison logique aux délires, et faire usage de ces derniers ; d'autre part, quand la maladie prend une allure favorable, les délires sont promptement corrigés et les hallucinations reléguées au second plan. Aussi l'explication des phénomènes pathologiques dans le sens d'une paranoïa aiguë n'est pas admissible. Il s'agit ici de processus tout à fait différents au point de vue pathogénique. clinique et pronostics, processus, pour lesquels une désignation spéciale serait nécessaire.

Le dénouement fatal est possible, par suite de l'épuisement progressif et par suite des états d'inanition finale qui revêtent les allures d'un delirium acutum, ensuite par des pneumonies, notamment par la phtisie pulmonaire, par suite de l'abaissement de la nutrition et de l'insuffisance de la respiration.

Ces états vésaniques peuvent offrir des difficultés de diagnostic différentiel avec la manie, la mélancolie et les délires épisodiques aigus de la paranoïa.

Pour la manie, il y a sur la base d'un profond épuisement cérébral des phénomènes morbides qui évidemment se rapprochent de très près de la vésanie, étant donné que des hallucinations nombreuses et le délire d'inanition peuvent faire leur apparition et dominer toute la scène ; d'autre part, dans la vésanie, l'inquiétude motrice souvent très vive comme réaction aux

délires des sens, ainsi que les complications par des phénomènes d'excitation psycho-motrice, simulent facilement les états maniaques qui, en outre, peuvent se produire épisodiquement comme complication (par exemple comme manie menstruelle), ensuite comme stade de passage à la guérison. Pour le premier point, il convient de faire remarquer que les phénomènes d'impulsion motrice et la véritable fuite des idées manquent dans le tableau de la vésanie, que les anomalies dans l'état d'esprit et les mouvements représentent essentiellement des phénomènes de réaction et que l'action motrice est mise à exécution, non pas comme un mouvement automatique, mais comme une impulsion provoquée par le délire et les hallucinations.

La manie épisodique ou finale sera reconnue par l'observation minutieuse de toute l'évolution de la maladie. La vésanie peut aussi faire croire qu'on se trouve en présence d'une mélancolie active, si l'on prend pour cette dernière la réaction anxieuse provoquée par les délires et les hallucinations terrifiantes. Ici encore le diagnostic sera donné par l'observation de la maladie et par cette circonstance que l'agitation mélancolique n'est qu'une exacerbation épisodique du tableau morbide de la mélancolie si nettement caractérisé par l'entrave et la douleur psychiques.

La vésanie se distingue aussi de la paranoïa par un symptôme radicalement décisif : c'est que, dans la première, quelque longue qu'en soit la durée, les délires ne sont jamais réunis en système ni échafaudés par suite d'une association logique, pour former un édifice délirant. Il faut convenir que, par-ci par-là, notamment dans les périodes de rémission et dans les cas qui prennent une allure chronique, le vésanique aussi tire certaines conclusions de son délire et de ses hallucinations et que, chez lui aussi, des séries de conceptions délirantes peuvent se mettre en rapport entre elles, mais tout cela arrive par hasard, épisodiquement, jamais d'après une règle et d'une manière durable, comme c'est le cas dans la paranoïa. Cette vésanie manque toujours de méthode. Les délires restent des images mentales sans cohésion ; c'est un délire purement hallucinatoire. Ajoutons encore le trouble considérable de la conscience, des processus de formation des conceptions, les transformations variées des délires. Ce qui est encore décisif pour le diagnostic, c'est le mode de développement : dans la vésanie, la marche est tumultueuse; dans la paranoïa, il y a un stade d'incubation, des pressentiments, des craintes, qui durent pendant des mois et même des années. Seuls, les états de confusion hallucinatoire délirante qui se produisent fréquemment peuvent présenter des difficultés et faire confondre la maladie avec le tableau clinique de la vésanie. La connaissance et l'appréciation de l'évolution totale serviront dans ce cas à élucider la situation.

Au point de vue thérapeutique, il faut, dans la vésanie, considérer en première ligne la base asthénique de la maladie, base qui ressort nettement de l'étiologie et du tableau clinique. A cette condition seulement, on pourra avoir un pronostic favorable. Celui qui saigne le malade, le purge, le nourrit mal, l'abandonne à lui-même, l'afflige d'onguents vésicants et

d'autres moyens semblables, n'aura que peu de résultats satisfaisants à enregistrer.

Au point de vue prophylactique, on peut se rendre utile en tenant compte de l'asthénie et en la combattant pendant les maladies fébriles et puerpérales.

Quand la maladie a éclaté, il faut mettre en première ligne les bons soins et la bonne alimentation. Les malades doivent être tenus en repos, au lit, et on doit les faire respirer de l'air frais. Une nourriture carnée abondante, du lait, des œufs, du vin, s'imposent par suite de l'indication causale et symptomatique.

Dans un cas grave, compliqué d'alimentation insuffisante, j'ai obtenu un succès très net avec les lavements de pancréatine, système Leube. Il faut tenir compte de l'albuminurie, des hémorragies menstruelles, et il faut les combattre.

L'insomnie, souvent tenace et très débilitante, sera le mieux combattue par la bière, le vin, les spiritueux, occasionnellement par le chloral, et, quand la nutrition s'est améliorée, par les bains tièdes. Dans les états d'inanition graves, on peut obtenir des effets utiles contre l'agitation et l'insomnie par les opiacés, que le mieux serait de combiner avec la quinine, et qui sont en même temps un tonique du cerveau, au besoin par le camphre (méthode sous-cutanée), en combinaison avec l'opium.

Observation XXV. *Vésanie aiguë avec stupeur épisodique.* — Gregodec, seize ans, fils de paysan, bien doué, d'une famille sans tare, bien portant, sauf le typhus à l'âge de huit ans, retardé un peu dans son développement physique, de constitution délicate, a été en 1883 agacé parce qu'on le raillait d'avoir mis en état de grossesse une fille de treize ans.

Il souffrit de cette calomnie, devint déprimé, sans goût au travail, anxieux ; il perdait le sommeil, voyait une femme blanche sans tête, des jeunes gens armés de gourdins le regarder en le menaçant par la fenêtre ; il quitta en courant son domicile le 14 décembre, courut chez le voisin et lui raconta que ses parents l'avaient attaqué avec une hache, que l'impératrice reviendrait, que le monde périrait dans un cataclysme et que tout le village serait brûlé. Il était constamment privé de sommeil, anxieux, ne voulait pas manger ; parfois il donnait à entendre qu'il connaissait son état et disait qu'il ne voulait pas être transporté dans la maison des fous, qu'il préférerait plutôt mourir.

De temps en temps il se plaignait d'angoisse et de maux de tête. Episodiquement il fait remarquer qu'à cause de lui tout brûlera, tout périra ; d'autres fois il profère des menaces en disant qu'il brûlera la cervelle à tout le monde.

Le malade est délirant, confus, pleurnichard, anxieux, il est désorienté sur le temps et les lieux. Il regarde son entourage avec hostilité, prend le lit pour une banquette sur laquelle on veut lui donner la bastonnade, demande grâce.

Nutrition très abaissée ; facilement congestif, il a l'os frontal étroit ; rien à constater dans les organes végétatifs. Pouls à 120.

Le 19, a peu dormi la nuit, a parlé de carnage à coups de fusil, commandé des soldats. Aujourd'hui stupeur avec tête rouge, et extrémités froides, cyanotiques. Pendant des heures entières attitude cataleptiforme des muscles.

Le 22, la stupeur a disparu. Le malade fait aujourd'hui le salut militaire ; il prend le médecin pour l'empereur, exprime le désir de devenir soldat, rapporte à la manière militaire que son village est brûlé, qu'il a vu la sainte Vierge.

Le 24, agitation gaie qui dure pendant plusieurs heures : cris joyeux, chants, radotage confus, grand aplomb, opinion de lui-même très relevée. Immédiatement après le malade est calme et désorienté ; il se croit tantôt dans la ville de X..., tantôt dans un caveau sépulcral. Confusion des personnes : il voit partout de vieilles connaissances. Par suite du bon sommeil et d'une nourriture abondante, il devient tout à fait lucide le 2 janvier 1884. Il confirme l'anamnèse que nous venons de donner et a un souvenir sommaire de sa maladie ; il raconte qu'il a vu dans ses hallucinations des soldats en foule, des têtes noires et qu'il les a aperçus avec un caractère hostile et terrifiant ; l'idée délirante du village en flammes était une réminiscence d'un incendie qu'il a vu autrefois.

Est renvoyé guéri le 6 janvier 1884.

Observation XXVI. *Vésanie postfébrile.* — Macek, trente-sept ans, célibataire, cordonnier, de famille saine, non potator, de tout temps malingre, avec conformation cranienne rachitique, hydrocéphalique (circonférence : 59) ; a eu dans les cinq dernières semaines une maladie fébrile sans délire, probablement le typhus. Il y a quelques jours, après avoir quitté l'hôpital et repris son ouvrage, il devint confus (le 12 mars 1887), puis délirant ; on l'arrêta dans la rue où il regardait fixement devant lui comme s'il était en extase ; il déclara, lorsqu'on lui demanda ce qu'il faisait, qu'il était entré dans la vie éternelle. Arrêté par la police, il devient anxieux, manifeste une vive crainte d'être puni parce qu'il a mené une mauvaise vie et péché contre la chasteté avec des femmes. Le 14 mars 1887, quand il est reçu à la clinique, il est délirant, confus, tout à fait désorienté ; il prend le médecin pour saint Elie, l'implore à genoux de le protéger contre le tonnerre et l'éclair, puisqu'il est un honnête homme. Le malade est ensuite absorbé, regarde fixement et avec un air d'étonnement le monde extérieur ; il faut lui adresser la parole à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'il redevienne capable de subir un interrogatoire. Il raconte que hier la sainte Vierge lui est apparue. Il a fait le vœu de devenir martyre, car à confesse le prêtre lui a dit de ne pas vivre avec des femmes ; il sera récompensé par la vie céleste.

Le malade s'agenouille souvent, récite alors des prières, est tout à fait en extase, regardant vers le plafond.

La sainte Vierge lui serait apparue à plusieurs reprises, il a voulu l'embrasser, mais elle a disparu. Afin qu'elle réapparaisse, il a mordu l'endroit de son genou où elle s'était assise (il y avait là effectivement une morsure).

Le malade est sans fièvre ; nutrition très abaissée ; rien à constater dans le système végétatif. Il est tout à fait absorbé par ses hallucinations ; il dort peu. On apprend de lui que la sainte Vierge lui apparaît constamment. Elle lui a dit que son fils avait été torturé. Le malade prend les bandes de couleur rouge qui se trouvent sur le mur de la cellule pour l'endroit où Jésus a été assassiné.

Le Christ lui apparaît aussi et lui chante des cantiques célestes sur le martyre.

Le malade est souvent en extase. Episodiquement il paraît anxieux. Comme motivation de cet état, on apprend de lui que quelqu'un lui serait apparu et lui aurait demandé son âme ; autrement il ne pourrait entrer au ciel. Il a dû signer et ensuite souffler sur le papier.

Il arriva ensuite au ciel et pria Dieu de lui rendre son âme, ce qui lui fut accordé. Alors il se sentit de nouveau soulagé et heureux. Le 16 le malade est l'objet d'une démonstration à la Clinique. Il se croit dans la maison de Dieu ou au Jugement dernier ; il prend les étudiants pour les apôtres, le professeur pour le bon Dieu, se déclare indigne d'être assis à côté de lui et le prie de le sauver de la prison.

En passant de bonnes nuits (paraldéhyde) et par suite d'une bonne nourriture, l'intelligence s'éclaircit rapidement et le malade entre en convalescence. Il a un sou-

venir exact de tout ce qui s'est passé pendant sa maladie, déclare que tout était de la pure imagination et trouve la cause de sa maladie psychique dans le fait de s'être remis au travail trop tôt, alors qu'il était encore tout affaibli par la fièvre.

Renvoyé guéri le 14 avril 1887.

Observation XXVII. *Vésanie aiguë menstruelle.* — Hélène Jasper, trente ans, célibataire, enfant naturel, n'a jamais été gravement malade, a eu sa première menstruation à l'âge de quatorze ans, a toujours eu de la migraine lors de ses règles, n'a jamais été ni hystérique ni neurasthénique ; avait depuis l'âge de vingt-cinq ans des rapports sexuels avec des hommes ; n'a jamais conçu.

Il y a trois semaines elle eut une vive émotion (son amant l'avait abandonnée). Depuis insomnie, manque d'appétit.

Le 18 juillet 1885, au moment de ses règles, elle tomba malade psychiquement. Elle devint confuse, faisait tout de travers, voyait des diables, des hommes noirs, entendait un bruit confus, accourait pleine d'angoisse à l'église où elle trouvait tout étrange, les statues des saints à l'envers ; elle se faisait remarquer par son attitude et fut amenée par la police à l'hôpital.

Pendant la menstruation elle est confuse, délirante, prend son entourage pour des sorcières, sent l'odeur des bougies et des cadavres, les morts se lèvent et veulent l'embrasser. Il lui semble que les prêtres voudraient l'avoir. Elle croit aussi qu'elle a été brisée en morceaux et qu'elle est devenue une toute autre personne. Il lui sembla la nuit qu'on lui avait ouvert le ventre pour y introduire l'Enfant-Jésus ou le Sacré-Cœur. Cela la brûla violemment et lui pèse comme un poids énorme sur le ventre. Elle croit qu'on est maintenant en guerre. Tantôt elle trouve tout ridicule, tantôt sinistre et tout à fait autrement que d'habitude.

La malade est sans fièvre, anémique ; nutrition abaissée, épuisée ; attitude relâchée. Crâne anormal. Œil névropathique. Les pupilles, dilatées plus que normalement, réagissent avec paresse. Tremblement des mains et de la langue. Pouls à 72, hors du lit : 130. Pas de sommeil ; couchée avec attitude épuisée, confuse, étonnée.

Le 19 juillet, épisode sous forme de raptus : « Laissez-moi sortir, s'écrie-t-elle, il faut que j'aille chercher mon âme ; le diable l'a emportée. » Angoisse très accentuée à cause de son âme perdue ; défense désespérée contre l'entourage qu'elle considère comme hostile.

La malade mord, bat, donne des coups de pied aveuglément, ne se calme que quelques heures plus tard, est tout à fait épuisée et sait seulement qu'elle a été très anxieuse.

Après ce raptus, elle reste encore délirante pendant quelques jours, voit des chiens qui se lancent sur elle, a des hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue. Les règles sont arrivées le 21 juillet. Grâce à de bonnes nuits (paraldéhyde), au repos au lit et à une bonne nourriture, la malade devient lucide dès le 30 juillet. Mais elle est très épuisée au point de vue physique et intellectuel, et a besoin de repos. Le status retrospectivus confirme l'anamnèse que nous venons de donner. La maladie s'était déclarée brusquement avec terreur de la mort, hallucinations terrifiantes et illusions de guerre, de massacre, de cataclysme général. Elle sentait une odeur de cadavre, se croyait entourée de cadavres, s'entendait appeler parfois : « voleuse, cochonne ! » L'impulsion au raptus a été provoquée par la vision d'un chien noir. Elle le prenait pour Satan, se croyait perdue. Pour l'apogée de l'accès de terreur il y a amnésie. La malade ne comprend pas comment elle a pu devenir aussi folle.

Renvoyée guérie le 10 août 1885. Pas de rechute.

Observation XXVIII. *Vésanie hallucinatoire aiguë.* — D..., trente-quatre ans,

ébéniste, marié, a été amené confus et halluciné à la Clinique le 7 mai 1881. Le père est mort d'une paralysie cérébrale.

Le malade était pendant son enfance malingre, maladif, bien doué, d'une humeur gaie, pas bigot. Il se maria à l'âge de vingt-quatre ans, procréa cinq enfants qui moururent tous, et dont le dernier est mort le 17 janvier 1881 avec des symptômes convulsifs. C'était son enfant préféré. A la mort de ce dernier, il fut pris d'un état cataleptiforme; il resta pendant plusieurs minutes pâle, les yeux hagards, fixes. comme s'il était pétrifié. Quand on lui eut appliqué des compresses froides, il revint à lui. Depuis il resta toujours déprimé, éprouvant un vif chagrin de la perte de son enfant, sentait souvent une douleur perçante dans la tête quand il y pensait. Mais son état restait nettement dans le cadre d'une douleur physiologique bien motivée. Il devint souffrant, mangea et dormit moins, se sentit las; il se fatiguait vite au travail, mais continuait à vaquer à ses affaires et consolait sa femme de la perte subie.

Par suite des progrès de sa faiblesse physique, il buvait, contrairement à ses anciennes habitudes, beaucoup de vin, sans cependant se griser. Il lisait beaucoup d'ouvrages religieux pour se réconforter; souvent il passait même la moitié de la nuit à cette lecture.

A partir du mois d'avril il eut un mauvais sommeil, troublé par des rêves, de l'oppression, de l'inquiétude et de l'agitation nerveuses. Il devint très irritable, se disputant avec son entourage sur l'interprétation et le sens de certains passages des ouvrages religieux.

Vers le 28 avril, après une nuit sans sommeil, il eut des hallucinations : il vit l'enfer s'ouvrir et se refermer, aperçut les damnés, ensuite il vit le ciel ouvert et crut qu'il pouvait enfin rejoindre son enfant. Bientôt il devint tantôt anxieux et pleurnichard, tantôt pris d'une émotion joyeuse; il ne dormait plus; il déclare finalement que Dieu est en lui et parle par lui. Il ne vit plus et, s'il vit, il n'est plus rien. A son entourage il promet le royaume du ciel et la béatitude.

Le malade se démène, confus, tout à fait désorienté, avec un air troublé, avec des allures pleurnichardes et pathétiques; il raconte dans un langage confus et avec onction qu'il a eu des tentations, des visions terribles qui étaient accompagnées d'une douleur intérieure dans la poitrine et d'un sentiment d'angoisse. Il s'irrite facilement et jette une cuillère à un autre malade, disant que personne ne doit l'approcher; il arrache les couvertures du lit, il est rempli d'illusions et d'hallucinations, passe les deux nuits suivantes sans dormir, présente la plupart du temps un délire religieux expansif, mélangé de démonomanie, prend le médecin pour Satan et crie avec une voix tonnante : « Arrière de moi ! » Il devient agressif, de sorte qu'on est obligé de l'isoler. On le surprend tenant un cheveu trouvé dans le pain; il déclare que c'est un cheveu de son père décédé. Dans la nuit il est agité par des hallucinations visuelles nombreuses (jeux de prestidigitation, ombres chinoises, figures diaboliques sur le mur, de la grandeur d'enfants).

Le malade est de taille moyenne; nutrition très abaissée; pâle, anémique. La langue présente du tremor d'inanition, le pouls est petit, faiblement rempli, à 108. Pas de fièvre, pas de maladies des organes végétatifs, pas de stigmates de dégénérescence.

A la suite de l'emploi de la morphine et du chloral, le malade a bien dormi dans la nuit du 8 au 9 mai. Le 9 il est plus tranquille, moins confus, parle des spectres qu'il a vus hier, de Satan qui, sous la forme d'un orang-outang, était assis à table, des sacrements qu'il a reçus, de très belles flammes qu'il a aperçues quand il s'est réveillé. Après de bonnes nuits et avec une nourriture abondante, l'intelligence s'éclaircit rapidement et le délire hallucinatoire disparaît.

Dés le 12 mai il est possible d'établir un status retrospectivus.

Le malade trouve la cause de sa maladie dans la douleur qu'il éprouva à la mort de son dernier enfant et dans le déclin de ses affaires matérielles. Il avait alors mangé très peu, avait mal dormi; ses forces dépérissaient et il avait de plus en plus cédé à la religion et à la boisson. Un jour, c'était vers le 17 avril, tout lui sembla changé. La division du temps lui paraissait changée ; tantôt il trouvait la nuit trop longue, tantôt la journée. Un jour il trouva un clou d'une forme étrange, ensuite on déterra dans la cour une planche qui avait une étrange odeur de cadavre. Les arbres en fleurs lui semblaient d'un genre tout à fait nouveau, le soleil luisait d'une manière étrange à son coucher, plusieurs objets sentaient tout à fait le cadavre. Une nuit, c'était vers le 28 avril, il fut réveillé par le tic-tac d'une pendule qui n'existait même pas et il reconnut que sa dernière heure avait sonné. Il voyait des flammes, l'enfer ouvert, des âmes damnées; il se confessa et communia le 29 au matin, devint de plus en plus confus; il vit la nuit suivante des figures diaboliques en foule, il se sentit tout oppressé, d'autant plus que sa femme avait un aspect tout à fait étrange. Tout lui paraissait complètement changé. Il pensa à la fin du monde, au jugement dernier, il avait constamment une odeur de putréfaction dans le nez; ensuite c'étaient des parfums agréables; il lui semblait que les saints de l'antiquité ressuscitaient, qu'il était attaché au globe terrestre et s'envolait avec lui à travers les espaces de l'univers. Il avait alors des visions et des délires divins de béatitude; il se croyait uni à Dieu ; il entendait crier des voix anxieuses.

Le malade raconte en outre que, craignant d'avoir encore des enfants, il s'est abstenu de cohabitation sexuelle depuis trois ans et que, pendant ce temps, il a satisfait son instinct génital par la masturbation. Pas d'antécédents épileptiques. Le malade est encore épuisé, se plaint beaucoup, tressaute facilement d'épouvante, acquiert bientôt une parfaite connaissance de son état, se remet rapidement grâce à de bons soins, et est renvoyé guéri le 27 juin. La guérison s'est maintenue.

CHAPITRE V

FOLIE SECONDAIRE ET IDIOTIE TERMINALE

(TERMINAISONS INCURABLES DES PSYCHONÉVROSES; DÉBILITÉ PSYCHIQUE SECONDAIRE [1].)

La terminaison fatale de toutes les psychonévroses qui n'arrivent pas à disparaître, est un processus de décomposition progressive de l'existence psychique, un écroulement de la personnalité jusque-là unie au point de vue historique et au point de vue intellectuel. Ce tragique déclin psychique qui précède la fin physique s'accomplit parfois très rapidement, et il est l'expression d'altérations cérébrales graves, comme il en existe notamment dans la folie furieuse; dans d'autres cas, cette décadence ne se produit que progressivement : ce sont d'abord les fonctions éthiques, ensuite les fonctions intellectuelles, spécialement la mémoire et les opérations de la logique qui deviennent défectueuses, jusqu'à ce que finalement les processus de la perception et tous les mouvements émotifs baissent et que de l'ancienne existence humaine il ne reste que l'enveloppe physique avec ses fonctions automatiques et purement végétatives.

Un des premiers symptômes de la ruine psychique qui va éclater, c'est la physionomie du malade. Elle prend un caractère de contorsion particulière causée en partie par l'innervation inégale des groupes musculaires homologues, en partie par la contracture mimique. L'expression du visage a un air vieilli, usé ; par suite de modifications dans la tension de l'œil, ce qui donne au regard une fixité étrange, elle a même un air sinistre.

En entrant dans le stade de l'imbécillité, la physionomie devient vide, sans aucune expression, car aucune émotion ni aucun mouvement psychique ne s'y reflètent plus.

Les troubles des fonctions sensorielles, vaso-motrices et végétatives, souvent très nets dans les folies émotives, sont, dans ces états de débilité psychique, relégués au second rang. Les processus végétatifs, le sommeil, la nutrition, etc., quand on ne se trouve pas en présence de complications somatiques, ne présentent aucun trouble notable.

[1] Griesinger, *Pathol. d. psych. Krankheiten*, p. 322. — Wunderlich, *Pathol.*, IIe section, 1, p. 1360. — Kräpelin, *Arch. f. Psych.*, XIII, fasc. 2. « *Ueber psychische Schwäche.* »

Par contre, il y a différents troubles trophiques, qu'on ne peut pas encore interpréter exactement, et dont l'expression totale est la sénilité prématurée qui fait paraître ces malades plus vieux qu'ils ne sont en réalité.

Ces dystrophies et ces atrophies se manifestent spécialement par le grisonnement prématuré des cheveux, la déperdition de la graisse, la sécheresse et le manque de fraîcheur de la peau, la lenteur de la circulation capillaire, la tendance aux œdèmes, le pityriasis, l'hématome de l'oreille, la dégénérescence adipeuse des organes, notamment du cœur, et l'artério-sclérose prématurée.

C'est là ce qui explique en partie le marasme et la courte durée de la vie des pensionnaires des asiles.

Il paraît presque impossible d'établir des types cliniques généraux de ce processus de décomposition psychique si varié individuellement au point de vue qualitatif et quantitatif. En somme, on peut ici distinguer deux formes fondamentales :

1° La folie secondaire ;

2° L'imbécillité terminale avec ses deux variétés cliniques :

α). L'imbécillité avec agitation ;

β). L'imbécillité apathique.

I. — Folie secondaire.

Sous cette dénomination on peut comprendre tous ces états psychiques dans lesquels les conceptions délirantes qui se sont formées pendant le stade émotif primaire, continuent à subsister comme des erreurs permanentes de la raison, même après l'extinction des émotions qui avaient contribué à la formation de ces idées délirantes, et forment une personnalité tout à fait nouvelle, et en général une existence tout à fait autre que celle du Moi normal.

Mais il existe encore en même temps un autre trouble important : le manque d'impulsion à agir dans le sens des idées délirantes qui se trouvent encore présentes dans la conscience.

En général, il n'y a pas dans ce cas cet accord entre les sentiments, les représentations et les efforts, qui est particulier à la vésanie émotive. Pas même limité dans sa personnalité psychique, le Moi n'existe plus. Le Moi primitif et historique s'est décomposé en autant de Moi qu'il y a de groupes de conceptions délirantes qui se sont maintenus, et, dans cette désagrégation, on chercherait en vain un effort pour mettre en rapport, même superficiel, toutes ces idées délirantes dont le sujet peut être contradictoire et même diamétralement opposé aux lois du temps, de l'espace, de la logique et de l'expérience.

Cette inquiétante absence du besoin d'aplanir les différences, de résoudre les contradictions, indique un affaiblissement profond de tous les processus intellectuels supérieurs, du jugement, de la logique, et souvent aussi de la mémoire.

L'activité intellectuelle qui existait avant la maladie, les efforts et le travail méthodique, sont devenus impossibles ; le malade se meut dans le cercle de ses idées fixes ; sa manière d'envisager les choses s'est totalement transformée.

Il peut, il est vrai, encore un peu converser, car le mécanisme de la formation des conceptions est conservé et n'est plus troublé par aucun processus émotif, et, en outre, il dispose encore de nombreux résidus de sa vie normale antérieure ; mais il ne peut plus être question ni de subtilité proprement dite, ni d'esprit. Le fou secondaire n'est plus capable d'une activité intellectuelle méthodique, d'abord par ce motif qu'il revient toujours avec une persévérance morbide dans le cercle de ses idées fixes et qu'il s'y meut par obsession.

Ce qui frappe surtout, c'est l'indifférence éthique et la mort des sentiments chez cette catégorie de malades. Toute la vie passée, les relations, le sentiment de la famille, l'amitié, leur sont devenus étrangers ; ils sont insensibles au sort de leur entourage. Seules les choses qui touchent directement le fond de leurs idées délirantes, soit les phénomènes favorables, soit les phénomènes d'entrave, peuvent au commencement provoquer encore des émotions ; mais avec le temps l'excitabilité dans la sphère des idées morbides s'efface aussi, et l'illusion inepte, pâlie, obscurcie dans la conscience et finalement inconcevable, est reproduite sans émotions aussitôt que des impressions extérieures ou des opérations d'association l'évoquent.

Dans les degrés extrêmes de la vésanie (lors de transition vers la confusion générale), il y a dans la conscience un va-et-vient incohérent et insensé de conceptions qui ne sont réunies que lâchement par l'unité de l'idée fixe. Chez ces malades il existe encore des hallucinations ou du moins de vives images mentales qui font résonner sans cesse la sphère des idées délirantes, mais là encore se manifeste la débilité : rien de nouveau ne se produit plus, contrairement à ce qui se passe dans la vésanie primaire et dans l'aliénation émotive avec les illusions qui créent activement, débordent d'une manière fantastique et se développent de plus en plus en suivant une certaine logique.

C'est que l'illusion du fou n'est qu'une masse de conceptions inerte, qui n'est plus susceptible d'aucune modification essentielle et qui, à mesure que la vie intellectuelle devient plus vide, se réduit à une simple phrase, à un sujet indifférent et n'ayant plus le pouvoir de donner l'impulsion à la réalisation de ce que le malade a senti et pensé dans son illusion.

La vésanie est le dénouement régulier de la folie mélancolique compliquée de conceptions délirantes, à moins qu'elle ne se termine par la guérison. Il est beaucoup plus rare que la vésanie soit le dénouement d'une manie, car dans cette dernière, étant donné l'évolution rapide de tous les processus psychiques, la fixation des idées délirantes et leur groupement systématique n'est que rarement possible.

Ces états vésaniques secondaires se maintiennent parfois pendant des années, toujours au même niveau, jusqu'à ce que, dans ce cas aussi, la

débilité mentale gagne de plus en plus et que les idées délirantes s'effacent de plus en plus.

Il peut être très difficile de reconnaître ces états comme état terminal secondaire, si l'on ne dispose pas de l'anamnèse du cas. En continuant à observer, on s'apercevra que la faiblesse intellectuelle progresse d'une manière visible; l'indifférence progressive en matière de sentiments, la confusion et l'incohérence croissantes de la vie psychique, la négligence de toutes les lois esthétiques et sociales (malpropreté) allant jusqu'à la bestialité, donnent un cachet particulier à ce trouble intellectuel.

Dans les cas d'origine mélancolique on voit se surajouter des résidus d'idées délirantes, des angoisses occasionnelles, des raptus et autres recrudescences du stade primaire; dans les cas d'origine maniaque, il s'y ajoute des rechutes maniaques qui peuvent s'intercaler même dans les stades avancés de la démence.

Observation XXIX. *Folie furieuse. Terminaison par vésanie secondaire.* — La femme Graupp, paysanne, vingt-neuf ans, issue d'un père aliéné, avait été. dit-on, dès son enfance, étrange et irritable. Au commencement de l'année 1876, elle se maria. Sans aucune cause connue, de l'excitation maniaque se produisit au commencement du mois d'août 1886, après avoir été précédée par un stade mélancolique de seize jours. Cette excitation s'accentua et devint bientôt de la folie furieuse. La malade se mit à prêcher, à chanter, à démolir, à se déshabiller.

Au moment où on la reçoit à l'asile, elle se trouve dans une grande exaltation ; elle parle l'allemand littéraire au lieu de son patois, fait avec beaucoup de pathos des sermons improvisés, se répand en sentences bibliques et évangélise son entourage. Tous ses discours étaient mêlés d'allitérations et de rimailleries telles que : « *der Himmel ist ein Schimmel, der Schimmel ist ein Lümmel. Alles soll klingen und singen und springen.* » (Le ciel est un cheval blanc, le cheval blanc est un goujat. Tout le monde doit résonner, chanter et sauter.) Dans la substance de ses conceptions expansives, il y a un noyau d'idées délirantes de nature érotico-reli-religieuse. Elle est la reine du ciel, la mère de Dieu, d'une santé de fer, pleine de désirs et de force. Tout ce qui est autour d'elle est d'une beauté admirable, tout devrait jubiler avec elle ; elle a traversé toutes les situations, elle fut tour à tour jeune homme, pucelle, riche et pauvre, noble et de situation humble, elle a éteint l'enfer et le feu du purgatoire, elle a délivré le monde entier. Dieu le père et la mère de Dieu se sont montrés à elle dans les nuages. Elle danse, chante, crie et frappe dans ses mains, pleine de joie.

Front fuyant, oreilles petites, mal faites, pupilles larges, réagissant paresseusement, pouls à 100, nutrition mauvaise, anémie prononcée, utérus normal.

La malade n'a pas de sommeil; facilement congestive; elle danse, prêche, chante; elle est érotique, très agitée, aime à se découvrir, s'occupe à s'arranger les cheveux, lâche de l'urine sur le plancher au moment de la visite.

Elle a donné naissance à cinq enfants dont l'enfant Jésus ; elle est la reine du ciel ; elle prend son entourage pour des personnes divines, a des hallucinations de la vue et de l'ouïe en quantité ; se délecte dans des émotions de plaisir, est prise passagèrement d'états d'extase pendant lesquels elle prononce des sermons.

Par suite du traitement avec le chloral, le bromure de potassium (8. gr.) et de l'isolement, la folie furieuse disparaît, mais elle conserve une haute opinion d'elle-même qui se traduit par un langage précieux et littéraire, par des allures de distinction ;

les idées délirantes persistent aussi. La malade devient calme et s'occupe de travaux manuels ; à l'époque des règles seulement, elle est très agitée; alors elle prêche, se comporte comme si elle était la sainte Vierge, la Reine du Ciel qui a enfanté l'Enfant Jésus, prend les gens de son entourage pour des prostituées et des diables, rage et devient agressive.

Une folie érotico-religieuse secondaire durable se développe de plus en plus nettement. Les idées délirantes deviennent de plus en plus confuses. Elle était un ange ; elle s'est nourrie d'œufs qu'elle a pondus elle-même ; elle est père et mère à la fois. Quand elle était ange à trompette, elle fut portée par saint Jean dans le presbytère où on l'a mangée pour trente deniers. Elle est déjà montée au ciel six fois, et six fois déjà elle a assisté à l'onction d'un empereur. L'impératrice Marie-Thérèse était sa grand'mère. Les anges à trompette du ciel sont faits entièrement d'or et de pierres précieuses. Quand ils descendent sur terre, ils se transforment en porcs-épics. Elle-même est une sainte, elle a accouché de cinq anges, etc.

Son ancien entourage et les faits de son passé normal lui sont devenus étrangers. Ses idées délirantes actuelles ne sont plus amenées par des émotions vives. Seulement, quand on la contredit ou qu'on l'interpelle, elle se met dans une colère excessive, déclare que celui qui l'interpelle est Lucifer, l'adversaire, le comble d'injures, appelle sur lui la colère du ciel, éclate ensuite subitement d'un rire inepte et ricane d'une manière érotique. Ordinairement elle est tranquille ; ses manières empreintes d'afféterie, son langage précieux et à prétentions littéraires, sa tendance à orner ses robes et son chapeau de toutes sortes de bimbeloteries, indiquent un trouble intellectuel profond.

Il n'y a chez elle aucune motivation ni association logique des idées délirantes qui, pour la plupart, sont probablement basées sur des états extatiques, des visions, et sur des hallucinations ; depuis deux ans, la malade ne produit plus rien de nouveau dans ce domaine; au contraire, les idées délirantes deviennent de plus en plus faibles, fragmentées et moins excitables. L'état de faiblesse mentale progressive se reconnaît sans peine.

II. — Idiotie terminale.

La terminaison des psychoses qui ne guérissent pas et quand la vie est conservée assez longtemps, c'est l'imbécillité.

Cet état est l'expression des processus de transformation dans l'écorce cérébrale, processus que nous devons nous représenter sous l'image de l'atrophie.

Suivant la nature du processus anatomique, le gâtisme peut entrer en scène et se développer très rapidement, par exemple après une folie furieuse grave ; ou bien il peut se développer progressivement, au cours des années, par exemple comme dénouement de la vésanie. Au point de vue clinique, il y a des nuances innombrables en ce qui concerne l'intensité de la débilité mentale qui peut aller jusqu'à l'idiotie apathique.

Dans les cas concrets, il faut examiner les différentes fonctions de la vie intellectuelle, notamment : la production et l'extension des phénomènes éthiques et esthétiques, la perspicacité du jugement, des notions logiques, le manque d'énergie plus ou moins grand de la volonté, la promptitude ou la lenteur de la perception, de la combinaison, de l'action ; la faculté de la

mémoire, en tenant compte de ses diverses qualités ; après cet examen, et ces constatations faites, il faut diagnostiquer le degré de la faiblesse mentale. Les formes légères, comme il s'en produit assez souvent après les cas graves de mélancolie et de manie, échappent souvent à l'observation. Souvent cette diminution imperceptible de la faculté mentale ne se trahit pas dans l'asile où le malade guéri brille comme un grand esprit parmi les malades et s'est déjà tout à fait habitué aux usages et à la vie de la maison; elle ne se manifeste que quand le malade guéri a quitté l'asile et qu'il essaie dans sa carrière ses forces retrouvées. Plus la situation est élevée et difficile à occuper, plus se montre alors la déchéance que l'individu a subie pendant sa maladie, bien que ses facultés intellectuelles dépassent encore considérablement celles d'un individu qui n'est pas doué sous le rapport de l'esprit.

Seul un fin observateur qui a connu jusque dans ses menus détails l'ancienne personnalité, s'aperçoit alors que cet homme a perdu de sa sensibilité éthique, qu'il est devenu indifférent à des relations sociales dont il faisait autrefois grand cas, que ses sentiments sont émoussés, que ses principes se sont relâchés, qu'il est devenu plus accessible aux tentations et moins énergique dans ses efforts. S'il présente une fidélité moins sûre de la mémoire, un ralentissement dans la capacité du travail, un changement de caractère dans le sens de l'irritabilité, la débilité psychique se dessine déjà plus nettement et ce sera un élément important pour l'appréciation médico-légale, car les affaiblis de ce genre qui ont perdu beaucoup de leurs freins moraux deviennent plus faciles à entraîner à certains actes et moins capables de résister à leurs émotions.

Quant aux états terminaux prononcés de la démence secondaire, on peut distinguer deux types très distincts au point de vue clinique.

A. — Imbécillité agitante (confusion générale, démence)

Il y a encore une certaine excitation dans le domaine psychique ; il existe encore des images mentales et des tendances, mais avec un mécanisme intellectuel tout à fait délabré, dont les parties sont devenues chacune autonomes et ne sont plus reliées pour faire l'unité de la conscience, le Moi.

Les conceptions de ces malades sont tout à fait vagues, sans plan, et arrivent au hasard, se rattachant à des homonymies superficielles de mots, ou bien toute association d'idées manque complètement. Le malade a perdu même le sens logique des mots qui pour lui sont sans aucune signification, de simples enveloppes de mots, des résidus d'anciennes conceptions et d'anciennes images de mouvement.

Par son agitation et sa loquacité incohérente, le malade ressemble souvent au maniaque, mais cette ressemblance n'est que très superficielle. Au lieu de vives émotions, comme il y en a chez le maniaque, on ne voit chez lui qu'une mimique idiote qui consiste en un sourire imbécile ou en rica-

nements pleurnichards, une conduite puérile et inepte. Tandis que, chez le maniaque, même à l'apogée de son trouble, surgissent des masses de conceptions cohérentes, des liaisons et des associations logiques, la confusion des idiots agités est sans fondement et ordinairement sans aucune association.

Tandis que, dans les rémissions de la manie, l'ancienne force intellectuelle reparaît dans sa plénitude, ici, malgré tout le bruit et tout le fracas avec lequel se manifeste le mécanisme défectueux, on ne voit apparaître que les ténèbres de l'imbécillité.

Malgré toute cette activité, l'effort, la liaison des conceptions disparates et défectueuses pour en former un jugement, une conclusion, une action méthodique, deviennent impossibles.

Enfin la manie est un état temporaire rémittent, l'idiotie agitante un état terminal et permanent.

Ces phénomènes terminaux de démence sont en général les stades de dénouement de la vésanie ainsi que des manies qui ne sont pas arrivées à guérir.

Observation XXX. *Folie furieuse après une pneumonie. Terminaison par imbécillité agitante.* — La femme Beng, paysanne, vingt-huit ans, sans prédisposition héréditaire, mère de trois enfants, autrefois saine, a été atteinte, vers le 15 septembre 1871, d'une pneumonie croupale droite. A l'acmé de la maladie, il y eut un violent délire fébrile; pendant le stade de résolution, une excitation maniaque se produisit qui s'accentua et passa bientôt à l'état de folie furieuse. Elle perdait le sommeil, elle chantait, sifflait, bavardait d'une manière incohérente et dans différents dialectes, prêchait, faisait l'exercice militaire, rageait. L'état d'esprit était irritable, allant jusqu'à la colère. Comme noyau du délire, il y avait de l'illusion démonomaniaque avec hostilité contre l'entourage. Elle voyait des sorcières, des spectres, se croyait possédée par le diable pour lequel elle prenait son beau-père. Au milieu de conceptions confuses, il y avait souvent des rémissions profondes; pendant un de ces intervalles, elle demanda elle-même à être internée dans un asile.

Lors de son entrée à l'asile, le 9 octobre 1891, elle était à l'apogée de la folie furieuse, prise d'une impulsion motrice indomptable, très confuse. Dans le tourbillon des images mentales avec fuite d'idées, qui souvent s'exprimaient par des mots et des membres de phrases détachés et dans lesquels l'assonnance et l'allitération jouaient un rôle, surgissaient des fragments d'un délire de persécution (persécution par des sorcières, le diable, le vitriol qu'on lui a versé dans le cerveau), à côté de délire des grandeurs (son père est un prince, illusion qu'elle a fait une promenade en voiture à quatre chevaux, qu'elle a fait un héritage, etc.); cependant les conceptions démonomaniaques et l'irritabilité de son esprit emporté prédominaient. L'intelligence était profondément troublée; l'entourage était considéré dans le sens des conceptions délirantes.

La malade est de taille moyenne; l'os frontal est étroit; pas d'anomalies végétatives ni du squelette; pas de fièvre, pouls à 88, nutrition très abaissée, téguments cutanés pâles, ainsi que les membranes pituitaires. Pupille gauche dilatée. Mouvements accessoires et fibrillaires des muscles de la figure; strabisme passager.

Dès le mois de novembre des rémissions se produisirent, mais la malade restait obnubilée, confuse, et pendant les phases de repos qui étaient plutôt des phases d'épuisement, elle se plaignait de lassitude, de faiblesse et demandait parfois aussi à

boire du vin de Champagne. Au cours du mois de décembre, la malade est devenue plus calme, les phases d'agitation qui étaient tantôt des émotions de colère avec un caractère de réaction contre la persécution démonomaniaque, tantôt présentaient l'image d'une émotion gaie et frénétique avec délire des grandeurs, avec impulsion motrice, chants, rires, loquacité profuse, ne se présentaient plus que pendant quelques heures. La nutrition se releva, les règles revinrent régulièrement : mais la malade ne devint pas plus sensée ; ses états d'agitation revêtirent de plus en plus le caractère d'une colère enfantine ou de la gaieté espiègle des enfants ; dans les périodes de calme relatif et d'épuisement, on ne pouvait pas non plus se tromper sur les progrès de sa confusion et de sa débilité intellectuelles. Le traitement par les bains et les injections sous-cutanées de morphine resta sans résultat.

Les explosions frénétiques disparurent complètement au printemps de 1872. Une conduite étrange, des idées confuses et dominées par de nombreuses hallucinations visuelles et auditives se manifestaient. La malade allait et venait sans plan ni but, tantôt maugréant et insultant l'entourage par suite de résidus démonomaniaques, tantôt riant, chantant, gesticulant, écoutant des voix agréables. Quand on lui adressait la parole et quelquefois aussi spontanément elle débitait un galimatias insensé, des fragments de ses anciennes idées délirantes pour la plupart de nature démonomaniaque, ou même des mots tout à fait inintelligibles. La décadence intellectuelle faisait des progrès de plus en plus considérables, les traits de la figure devenaient contorsionnés et séniles ; la malade devenait malpropre et dut finalement être transportée dans un sanatorium.

B. — Idiotie apathique

Le stade extrême de la décadence psychique est constitué par l'idiotie apathique telle qu'elle peut se développer directement après les mélancolies graves qui n'ont pas guéri, notamment la mélancolie active et la stupeur, les accès de démence furieuse ainsi que de démence aiguë.

Dans ce cas la physionomie a une expression de nullité complète, l'innervation des extenseurs se paralyse complètement, de sorte que le corps n'obéit plus qu'aux lois de la pesanteur et qu'il règle son attitude sur celles-ci. Le menton tombe sur la poitrine, les membres prennent une position légèrement fléchie, la salive s'écoule de la bouche.

Dans le domaine psychique il y a calme plat. L'aperception baisse et devient une simple perception, la sensibilité et l'excitabilité réflexe sont réduites à leur minimum. Avec la perte de toutes leurs facultés intellectuelles ces malades ressemblent à des animaux dont on a enlevé le cerveau ; en effet, leur écorce cérébrale est mise hors fonction. Ils ne s'aperçoivent plus qu'ils ont besoin de manger, ni d'aucun danger ; il faut les gaver, les habiller, surveiller leurs évacuations, autrement ils périraient. Aux degrés les plus bas de cet état, les idées motrices aussi disparaissent avec les conceptions. Par suite le langage même cesse d'exister, c'est une véritable aphasie amnésique. Cette mort intellectuelle dure parfois pendant des années jusqu'à ce que la délivrance arrive par la mort physique. En général, les malheureux de cette catégorie ne vivent pas longtemps ; car ou

bien la paralysie des centres psychiques s'étend à ceux de la respiration et de la circulation ou bien le manque de mouvement, de respiration, amène un trouble considérable de la circulation et de la nutrition, et le dénouement mortel se produit par pneumonie, diarrhée colliquative, etc.

Observation XXXI. *Folie furieuse. Terminaison par l'idiotie apathique.* — Kampf, vingt-huit ans, cordonnier, enfant illégitime, sans prédisposition héréditaire, mais dès son enfance timide, peu sociable, facile à épouvanter, bien doué cependant intellectuellement, eut à l'âge de dix-neuf ans (puberté) un accès de mélancolie. Il guérit alors complètement au bout de six mois.

Vers la fin de juin 1873, il rentra un soir bouleversé et agité à la maison paternelle. Il était inconstant, sans sommeil, précipité dans ses mouvements. Son agitation croissait à vue d'œil ; il avait de la fuite des idées, était incohérent, déclara être le roi d'Allemagne et proclama la danseuse de cordes comme la reine qu'il voulait épouser. Il est Adam, saint Jean, le Rédempteur du monde ; la cloche de Schiller est la plus belle. Il se mit à chanter, à siffler, à jurer, à maugréer, enfonçant les portes et les fenêtres ; il battait les gens de la maison, voyait du feu en l'air, le diable qu'il entendait crier, disant qu'on voulait le brûler, lui trancher la tête. Il ne mangeait presque rien, avait grand soif et souffrait de constipation.

Le malade fut reçu le 2 juillet 1873, en état de folie furieuse complète. La marche de ses idées était accélérée jusqu'à la débandade ; il y avait confusion ; par-ci par-là surgissaient des idées délirantes : il était le Sauveur, Jean-Baptiste.

L'intelligence était très troublée, l'impulsion motrice continuelle et dirigée seulement vers les actes de destruction. Le malade avait de nombreuses hallucinations de la vue et de l'ouïe (le diable, Dieu, etc.). Il était sans fièvre, le pouls dépassait rarement 80 pulsations. Les organes végétatifs étaient intacts ; sauf une saillie prononcée de l'occiput, il n'y avait pas d'anomalies craniennes.

L'excitation motrice, la débandade des idées, la confusion, les hallucinations se sont maintenues malgré des bains prolongés, pendant plusieurs semaines dans le même état ; ensuite il y eut des rémissions qui, bien que profondes, étaient courtes et suivies d'exacerbations d'autant plus violentes.

Après une durée de cinq mois de la folie furieuse, période pendant laquelle la nutrition du malade baissa beaucoup, le calme et un profond épuisement se produisirent peu à peu. Mais le malade était profondément confus, malpropre ; il ne manifestait plus que par-ci par-là des émotions puériles et ineptes, restait pendant des heures entières dans des positions bizarres, ne manifestait plus de réaction aux excitations du monde extérieur, pas même aux forts courants faradiques. La figure prit l'expression d'une parfaite nullité, les yeux regardant fixement dans le vide ; le maintien devint mou, affaissé ; la salive coulait de la bouche ; la réaction par la parole ne se produisait plus ; sur le corps, une couche adipeuse considérable. Vers la fin de 1878, le malade, arrivé à un état complet d'idiotie apathique, a été transporté dans un hôpital.

DEUXIÈME PARTIE

DÉGÉNÉRESCENCES PSYCHIQUES[1]

CHAPITRE PREMIER

APERÇU CLINIQUE GÉNÉRAL

Nous avons parlé dans l'introduction de la place à part qu'occupent, au point de vue étiologique et anthropologique, ces états psychopathiques, et nous avons fait remarquer leur évolution particulière et leurs conditions cliniques différentes de celles des psychonévroses. Avant d'aborder la description spéciale de ces états de dégénérescence, si variés individuellement, il nous paraît nécessaire d'envisager d'une manière succincte les phénomènes variés d'un système nerveux central anormal et fonctionnant souvent d'une façon perverse.

Ces phénomènes se résument pour la plus grande partie par la notion de constitution névropathique, cette faiblesse irritable que nous avons déjà rencontrée dans l'étiologie comme cause prédisposante importante de l'aliénation mentale.

Les signes de cette constitution névropathique sont individuellement très différents. En général, on peut dire seulement que chez ces êtres morbidement organisés le système nerveux central présente une force de résistance minime, qu'il a une susceptibilité et une facilité à s'épuiser anormales et que les fonctions cérébrales, y compris les fonctions psychiques, se manifestent ou avec une intensité morbide ou d'une façon imparfaite ou perverse.

Au point de vue étiologique, on doit faire ressortir que ces êtres sont pour la plupart issus d'ascendants aliénés, atteints de maladies nerveuses, anormaux au point de vue du caractère, ou bien que, dans leur jeune âge. des processus constitutionnels, comme le rachitisme, ont influencé d'une manière préjudiciable le développement du cerveau et du crâne (processus

[1] Morel, *Traité des dégénér.*, 1857 ; *Traité des mal. ment.*, 1860 ; *Traité de la méd. légale des alién.*, 1866. — Le même, *De l'hérédité morbide progressive*, 1867. — V. Krafft, *Friedreichs Blatter*, 1868. — Legrand du Saulle, *Le trouble mental héréditaire.*

hydrocéphaliques), que souvent aussi des affections cérébrales graves (hyperhémies méningées et maladies encéphalitiques) se sont produites soit spontanément à l'occasion de maladies infectieuses aiguës soit à la suite d'un traumatisme, ou qu'enfin les excitations de l'onanisme ont atteint le cerveau en voie de développement au point de vue organique et fonctionnel. Si, comme c'est le cas dans les atteintes graves, il n'en résulte pas un arrêt de développement dans le sens de l'idiotisme, le développement se fait toujours d'une façon anormale et souvent perverse. Cette tare se reconnaît par des stigmates de dégénérescence fonctionnelle, et spécialement, au point de vue psychique, par des anomalies dans le développement du caractère, de l'éthique, de la vie des instincts, tandis que les capacités intellectuelles peuvent se comporter assez bien. L'expression de dégénérescence psychique n'a pas la signification anatomique d'une dégénérescence de l'écorce cérébrale comme organe des fonctions psychiques; il ne sert qu'à indiquer qu'il y a fonctionnellement une déviation progressive permanente, d'origine constitutionnelle pathologique, et souvent perverse de la vie cérébrale et psychique normale, que la personnalité a été altérée, qu'elle est par conséquent dégénérée.

Cet abâtardissement dans le sens d'une dégénérescence psychique a cependant une cause plus profonde et sans doute une cause pathologique, car il peut se ramener souvent à certaines conditions cérébrales pathologiques déterminées et il coïncide souvent avec des stigmates de dégénérescence anatomique. Anthropologiquement aussi cet abâtardissement psychique présente un phénomène très significatif, car il ne représente chez l'individu que le phénomène partiel d'un processus de dégénérescence physique et psychique de toute la famille et on peut le suivre à travers les générations sous forme de phénomènes variés et devenant de plus en plus graves.

Le fonctionnement anormal et souvent même perverti de l'organe central se manifeste spécialement :

α). Dans le domaine des processus vitaux : par une grande mortalité, abaissement de la moyenne de la durée de la vie, réaction insolite aux influences atmosphériques, telluriques, alimentaires, grande élévation et irrégularité frappante de la courbe de la température dans les maladies fébriles qui ont d'ailleurs une évolution et une marche typiques; par une excitabilité nerveuse pouvant aller jusqu'aux phénomènes névrosiques graves (convulsions, névroses, psychoses), durant les phases physiologiques (dentition, puberté, menstruation, ménopause), par une entrée précoce en puberté, en général par un développement prématuré du corps et de l'esprit, mais avec un corps resté frêle, souvent gracile, un teint fin, une constitution lymphatique, une tendance aux maladies scrofuleuses pendant l'enfance et plus tard une tendance à la tuberculose. Souvent on rencontre ici aussi des anémies profondes et des chloroses constitutionnelles qui datent de la puberté et qui sont pour cette raison très difficiles à guérir.

β). Dans le domaine des fonctions cérébrales, on note une irradiation

extraordinairement vive du système nerveux central, qui se produit sous forme de somnolence, sopor, délire, hallucinations, etc., à la suite de légères maladies physiques.

γ). Dans le trajet des nerfs sensibles il y a une facilité anormale à l'excitabilité et une durée extraordinairement longue de l'émotion et de l'irradiation qui agit sur des territoires nerveux tout à fait éloignés.

δ). Dans le domaine sensoriel, il y a tendance à l'hyperesthésie, à côté d'une notation extraordinairement vive des impressions par des sentiments de plaisir et de déplaisir, et quand ces premiers sont annotés dans un sens pervers, il y a tendance aux idiosyncrasies.

ε). Le manque d'équilibre de l'innervation vaso-motrice se manifeste par son intense participation aux émotions psychiques (pâleur, rougeur, palpitations, sensations précordiales) et autres influences qui abaissent le tonus des nerfs vasculaires (chaleur, alcool). La règle est que ces constitutions réagissent à l'alcool d'une manière anormale et avec une intensité extraordinaire. Toutefois la faiblesse fonctionnelle des centres nerveux provoque souvent un penchant pour ce stimulant. Sous l'influence délétère de l'alcool, les formes les plus graves de la dégénérescence fonctionnelle se développent alors sur la base de la tare organique.

ξ). Comme symptômes de dégénérescence fonctionnelle dans le domaine moteur on doit citer : le nystagmus, le strabisme, le bégaiement, les contractures et autres troubles d'innervation des muscles, notamment de la figure (grimacements, convulsions); puis comme symptômes d'une tare particulièrement grave, les accidents épileptiques et épileptoïdes[1].

η). Ce qui est particulièrement fréquent, c'est l'anomalie fonctionnelle de la vie sexuelle en tant que l'instinct génital manque ou qu'il apparaît avec une intensité excessive, sous forme de rut, ou qu'il se manifeste trop prématurément, même dès la première enfance, et mène alors à la masturbation, ou bien qu'il apparaît d'une manière perverse, c'est-à-dire que son genre de satisfaction ne vise nullement la conservation de l'espèce.

θ). La tare se trahit souvent par des névropathies (neurasthénie, hypocondrie, hystérie, épilepsie) qui débutent pour la plupart à l'époque de la puberté et, en prenant une marche progressive et une tournure de plus en plus grave, mènent jusqu'aux formes extrêmes de la dégénérescence fonctionnelle.

La sphère psychique aussi offre des phénomènes analogues comme expression de la tare organique et de la constitution psychopathique.

Quant aux sentiments, l'observateur est surpris tout d'abord par leur sensibilité et leur irritabilité surprenantes, par la facile production de la douleur et des émotions psychiques qui peuvent d'ailleurs atteindre un degré pathologique et passer à l'état de confusion complète des sens.

Chez beaucoup d'individus de ce genre il existe par moments une telle émotivité que chaque pensée devient immédiatement une émotion et qu'un rien les met en émotion. De légères indispositions, la menstruation

[1] Comparez : Griesinger, *Arch. f. Psych.*, I, p. 320. — Westphal, *Ibid.*, III, p. 157.

et d'autres états physiologiques, même un simple changement de temps peuvent produire cet effet directement ou par l'intermédiaire d'une névralgie en assombrissant l'état d'esprit. A côté de cette impressionnabilité et de cette émotivité surprenantes il existe souvent une indifférence de cœur remarquable ; il y a même parfois une alternance nullement motivée entre ces deux extrêmes, alternance qui se manifeste par des sympathies et des antipathies étranges. Chez bon nombre de ces névro-psychopathes la vie des sentiments oscille pour ainsi dire continuellement entre l'exaltation et la dépression, de sorte qu'il est impossible qu'un état d'esprit neutre ou normal, c'est-à-dire exempt d'émotions, se produise.

Dans les phases d'exaltation se manifeste une activité ardente avec des désirs, des instincts, des impulsions étranges, parfois même dangereuses ; dans les phases dépressives, le malade souffre d'une indécision pénible, d'idées obsédantes qui le poussent notamment au suicide, de craintes terribles de devenir aliéné.

On doit citer comme une anomalie particulière des sentiments qui caractérise tout un groupe d'états de dégénérescence psychique, l'absence totale ou du moins l'inexcitabilité des sentiments éthiques.

Dans le domaine de la conception, c'est une facilité des représentations, une force d'imagination extraordinaire allant jusqu'à produire des hallucinations, une promptitude des opérations, des associations, la manière souvent inductive de penser, qui frappent particulièrement; mais, malgré ces avantages qui rendent capables de travaux artistiques et scientifiques, la faiblesse irritable empêche l'individu d'arriver à des résultats. Les succès scientifiques sont arrêtés par l'épuisement rapide et par l'incapacité qui en résulte de penser d'une manière continue et intense ; les résultats artistiques deviennent impossibles par suite du manque trop fréquent des facultés esthétiques et intellectuelles. Par suite de cette lacune, les productions artistiques de ces individus ont un cachet baroque, même monstrueux, au moins laid. En même temps il y a souvent un manque remarquable de fidélité dans la reproduction des conceptions.

La marche de l'association des idées chez ces hommes-là frappe vraiment l'attention. Elle paraît entrecoupée ; il y a des sauts brusques sans aucune transition dans la conversation. Penser d'une manière nette et logique, voilà ce qui leur est absolument étranger. Souvent l'association se fait par l'assonnance des mots; les rapports entre les choses que le malade écrit sont si éloignés, si extraordinairement bizarres, que les sauts faits par la pensée deviennent pour ainsi dire stupéfiants, mais fatiguent aussi très vite. Souvent on rencontre des conceptions obsédantes et même des délires primordiaux anticipés qui ressuscitent plus tard quand le malade verse dans la paranoïa. Dans la sphère de la volonté on trouve aussi une grande excitabilité intellectuelle à côté d'une durée minime de l'excitation. Il en résulte un enthousiasme qui disparaît très vite, une ardeur d'activité qui n'arrive jamais à achever quelque chose. Cette faiblesse et cette inconséquence de la volonté indiquent que le caractère est altéré. Souvent, notamment chez les individus chargés héréditairement et

atteints de cette constitution anormale, on trouve en même temps des actes impulsifs; et, qui plus est, parfois même ces individus se sentent poussés, durant des périodes qui reviennent régulièrement, à répéter les mêmes actes étranges, excentriques et même immoraux, sans que, après les avoir accomplis, ils aient conscience du motif qui les y a décidés. Parfois on réussit à découvrir comme mobile d'un de ces actes certains états d'esprit, des idiosyncrasies, des conceptions délirantes. Un essai d'esquisse de la totalité de la personnalité anormale en réunissant dans une synthèse tous les traits, présente beaucoup de difficultés, étant données les grandes variétés individuelles.

En somme on peut admettre comme exact que, chez eux, la sphère inconsciente de la vie intellectuelle joue un plus grand rôle que chez l'homme normal. C'est avec raison que Morel désigne ces individus, quand ils sont des héréditaires, par le mot d'hommes instinctifs. Leurs conceptions obsédantes, leurs actes impulsifs et leurs étranges liaisons d'idées justifient cette manière de voir.

Sur le terrain des productions intellectuelles d'un ordre supérieur, c'est le manque d'harmonie de l'ensemble qui frappe. Les traits les plus marquants et les plus fréquents de ces personnalités anormales sont : une intelligence très médiocre à côté d'un talent remarquable et exclusif (même chez les idiots) allant parfois jusqu'à la génialité partielle, la faiblesse de la volonté et du caractère qui se manifeste par un manque de fermeté morale, par l'incapacité à avoir une vie rangée, par l'abandon sans résistance aux penchants immoraux, en même temps la bizarrerie et l'exclusivisme de certaines tendances, de certains sentiments et idées qui font paraître ces individus baroques, exaltés, passionnés, comme des originaux, des misanthropes, des fanatiques religieux et politiques, enfin des sympathies et des antipathies capricieuses, l'exclusivisme de certains talents et de certaines tendances de la volonté en même temps que le manque d'intérêt et l'indifférence à l'égard des questions et des devoirs sociaux qui les touchent de près, un caractère inconstant, inquiet, instinctif, capricieux. Souvent l'anomalie de la personnalité se manifeste aussi par des goûts grotesques dans les manières, dans les vêtements, etc. La particularité de la personnalité se fait souvent aussi remarquer par une expression spéciale (névropathique) de l'œil ainsi que par des signes de dégénérescence anatomique. Ces derniers fournissent la preuve palpable que dès la première époque du développement il existait des influences nuisibles et constituent une preuve bien nette qu'il existe une déviation du type morphologique de l'espèce, en un mot, une dégénérescence. Nombre d'individus tarés de ce genre se maintiennent pendant toute leur existence sur cette lisière, entre la maladie prononcée et la santé relative, du moins individuelle. A l'occasion ils perdent passagèrement, en raison d'influences psychiques ou somatiques, leur équilibre psychique relatif, présentent alors des états d'esprit morbides, des émotions pathologiques, de la folie transitoire, etc. S'ils subissent des atteintes durables ou réitérées, ils tombent sûrement dans un trouble

mental grave qui, notamment dans la jeunesse, se termine souvent par l'idiotie. Dans tous les cas, la tendance de ces individus tarés à verser dans l'aliénation est très grande. De simples changements dans leur genre de vie, leur domicile, les coups, la mauvaise fortune, les mouvements politiques et sociaux peuvent provoquer la folie. Les phases physiologiques de la vie même suffisent souvent pour la faire naître. Une des époques les plus dangereuses est celle de la puberté ! La transition entre la prédisposition psychopathique et les psychoses est souvent amenée par des anomalies psychiques préexistantes, par des excentricités et des paradoxies dans les idées, les tendances, les motifs et les jugements, étant donné que l'exclusivisme ou la faiblesse de l'instruction, la nature embrouillée et travestie des sentiments et des tendances, des penchants permanents, des passions et des anomalies du caractère, fournissent toujours un terrain propice à la cause accidentelle ou mènent par eux-mêmes à une véritable folie en donnant un développement progressif à la disposition morbide. Ou bien la maladie mentale suit une névropathie constitutionnelle (hystérie, hypocondrie, neurasthénie).

Le pronostic est en général défavorable.

L'anatomie pathologique de ces abâtardissements est encore inconnue en grande partie. Le substratum de la dégénérescence psychique est inconnu morphologiquement et cette notion ne doit être retenue que par rapport au caractère fonctionnel.

Dans tous les cas, les troubles si fréquents et considérables du développement du crâne sont dignes d'être notés. Stahl (*Zeitschr. f. Psych.*, 16, 17) indique comme important l'arrêt de développement du crâne (microcéphalie) ou les troubles provoqués par l'hydrocéphalie de l'enfance (macrocéphalie). Meynert (*Skizzen*, etc., 1870) attache une importance à la disproportion entre le cerveau et le crâne d'un côté et le développement du cœur et des vaisseaux de l'autre côté. Arndt (*Lehrb. der Psychiatrie*, 1883, p. 325) a trouvé les circonvolutions cérébrales moins nombreuses et peu profondément accentuées, des atrophies fréquentes de certaines parties du cerveau, notamment du lobe occipital, avec très court pédoncule postérieur du ventricule latéral.

Les découvertes d'Arndt sont aussi dignes d'attention (*Virchow's Archiv*, 1861, p. 512; 1867, p. 41, 72); d'après lui, chez les individus originairement atteints d'une tare névropathique, beaucoup de cellules de l'écorce cérébrale restent, même dans le cerveau adulte, à l'état embryonnaire; l'enveloppe médullaire du cylindre-axe reste incomplète; en outre, des imperfections de développement des voies lymphatiques et vasculaires en connexité avec une anémie constitutionnelle se rencontrent souvent. La dégénérescence acquise peut en partie se ramener à des troubles de nutrition des parois vasculaires et à des troubles d'innervation motrice, comme il s'en produit dans les maladies graves, la chlorose, les excès alcooliques et sexuels, le senium, etc.

CHAPITRE II

FOLIE CONSTITUTIONNELLE ÉMOTIVE

(FOLIE RAISONNANTE)

Elle se présente sous deux formes : la forme maniaque et la forme mélancolique. Comme la première apparaît presque exclusivement lors du retour périodique des accès et qu'elle sera pour ce motif traitée dans le chapitre de la manie périodique, nous parlerons ici de la folie raisonnante mélancolique à marche continue. Nous avons parlé dans la pathologie générale du caractère raisonnant de la maladie comme d'un symptôme et non pas comme d'une forme pathologique.

Le caractère dégénératif de ce symptôme nous a servi en même temps pour établir la classification clinico-symptomatologique des états de dégénérescence psychique et nous avons relevé le fait que certains malades montrent souvent un curieux mélange de lucidité et de phénomènes morbides, qu'ils savent excellemment excuser leurs actions insensées, agissent et sentent à l'envers du bon sens, mais pensent, au point de vue de la forme, d'une manière juste et logique. Les idées délirantes et les hallucinations manquent tout à fait ou s'ajoutent au tableau de la maladie tout au plus épisodiquement, provoquées par un élément passager ou par une agitation émotive.

A côté de la forme raisonnante il faut encore remarquer le caractère stationnaire de la maladie, qui n'est pas du tout progressive, quand même elle durerait des années et même toute la vie du malade. Ce caractère indique une affection profondément constitutionnelle.

MÉLANCOLIE RAISONNANTE[1]

Elle se rencontre surtout chez les individus du sexe féminin. La tare héréditaire est probablement la cause prédisposante. Des phénomènes de névrose constitutionnelle (neurasthénie, hystérie) précèdent ordinairement

[1] Spielmann, *Folie raisonnante*, p. 318. — Falret, *Discussion sur la folie raisonnante* (Ann. méd. psych.), 1866. — Griesinger, *Op. cit.*, p. 288. — V. Krafft, *Die Melancholie*, p. 10.

pendant des années la psychose et l'accompagnent ensuite dans sa marche. Les affections de l'utérus, notamment les infarctus et les changements de position, sont souvent des éléments occasionnels très importants pour le développement de la psychose. Quand il y a tare héréditaire, la maladie paraît pouvoir se développer même sans l'intervention d'une cause accidentelle. Elle se manifeste avant la puberté ou avec celle-ci, et reste alors constitutionnelle.

Les médecins qui ne sont pas spécialistes diagnostiquent ordinairement seulement la névrose qui est la base de la maladie, mais méconnaissent le côté psychique du tableau morbide. Dans la vie sociale on a adopté comme règle d'apprécier l'état uniquement au point de vue éthique et on l'interprète faussement comme le fait d'un mauvais caractère chez un individu capricieux. Fabre en a décrit les traits principaux sous le nom « d'hypocondrie morale avec conscience de son état ».

Cliniquement il existe une mauvaise humeur habituelle, une dépression permanente qui se manifeste par de l'irritabilité, du mécontentement, une tendance à quereller ou à injurier, une disposition à maltraiter son entourage. Ces malades qu'on prend assez souvent simplement pour des femmes méchantes, querelleuses, pour des épouses jalouses, des maràtres cruelles (misopédie, — Boileau de Castelnau) ont souvent des obsessions douloureuses. Il y a chez eux une contrainte continuelle de reproduction douloureuse; leur dyesthésie et leur anesthésie psychiques ne leur fournissent que des impressions désagréables du monde extérieur. Ils ne voient que les côtés tristes de la vie, tout en noir, ils ne recueillent de tout que des impressions désagréables et le moindre contre-temps aggrave considérablement leur état. Ils sont abouliques, sans courage, sans entrain, incapables d'un travail suivi ou d'un effort intellectuel, malheureux, désespérés jusqu'au tædium vitæ. Ils souffrent sans cesse du poids de leurs sentiments morbides et de leurs malaises physiques; ils sont livrés sans cesse à une contrainte de reproduction. Souvent il y a aussi dans ce cas des conceptions obsédantes. La nature morbide du caractère qui en apparence n'a d'autre défaut que d'être difficile à vivre, est prouvée par la marche exacerbante et rémittente, par l'accentuation progressive des symptômes à chaque accès, à l'époque de la menstruation, par les plaintes des malades qui, dans les intervalles d'allégement, disent qu'ils se comportent ainsi contrairement à leur conscience et à leur volonté, qu'ils sont contraints de faire du mal, de nuire aux autres. Il s'y ajoute encore des accès d'angoisse et de délire de persécution, qui se produisent rarement, il est vrai, mais qu'on peut observer dans les émotions plus vives, enfin des complexus cliniques névropathiques (neurasthénie, irritation spinale, hystérisme) qui accompagnent les paroxysmes de mauvaise humeur et d'irritation. Souvent ces malades souffrent continuellement de la peur de devenir fous.

Au point de vue thérapeutique on peut recommander, outre le traitement des phénomènes névrotiques existants et des maladies utérines fréquentes, l'hydrothérapie (bains tièdes, enveloppements avec le drap mouillé) et les

injections de morphine qui, il est vrai, n'agissent que comme palliatifs, mais qui, dans les périodes d'exacerbation, peuvent restreindre au minimum les souffrances morales et physiques de ces malades.

Il faut faire particulièrement attention au danger de la morphinomanie qui pourrait se développer.

Observation XXXII. *Folie raisonnante mélancolique. Description intéressante par la malade elle-même.* — Joséphine Dietrich, quarante ans, est issue d'une famille très tarée.

La sœur de son père avait des attaques de nerfs, le père avait des tremblements, était d'un caractère très indécis et fort porté à la colère.

Le frère du père et le père du père étaient mélancoliques ; les sœurs de la malade souffrent toutes des nerfs et ont par moments des accès mélancoliques.

La vie de la malade fut empoisonnée dans son germe.

Etant encore enfant, elle était déjà émotive, souvent triste et déprimée sans motif.

A la première apparition des règles, à l'âge de seize ans, hystérie qui passa à l'état d'hystéro-épilepsie (crampes cloniques coordonnées, avec perte de conscience). A l'âge de vingt-deux ans, les accès disparurent. La malade est restée névropathique (névralgies vagues, sentiment de froid, sensations de boule) ; peu à peu cette névrose devint la psychose qui aujourd'hui encore subsiste sans avoir changé, avec des rémissions et des exacerbations.

Les traits fondamentaux de cette maladie sont : une profonde dépression psychique, un sentiment de douleur psychique continuelle, un état pénible d'oppression.

Parallèlement à cette hyperesthésie et dysesthésie psychiques, il existe de vagues malaises névralgiques dans les voies spinales, un état d'agitation nerveuse.

La dysesthésie psychique se manifeste par ce fait que le monde extérieur lui paraît sombre, douloureux et répugnant.

Une compassion amicale et bienveillante même lui est douloureuse.

Souvent elle est, contre son gré, hostile et désagréable même avec ses meilleurs amis.

En même temps il y a chez elle une anesthésie psychique très prononcée ; elle est sans joie, la vie n'a pour elle aucun attrait ; c'est pour elle une charge ; la mort serait considérée comme une délivrance heureuse.

L'acte de la conception n'est troublé que dans ses opérations de formation.

La malade n'a pas d'idées délirantes, elle a en même temps une parfaite connaissance de sa maladie. Le fait qu'elle est forcée de considérer comme mauvais tout ce qui est cher et précieux aux autres, augmente encore sa douleur.

Ses conceptions dépendent entièrement de ses sentiments morbides.

Sans cesse des pensées tristes et torturantes lui viennent.

Sur le terrain des efforts, il y a, chez notre malade, absence d'intérêts, résignation sourde avec un naturel farouche, ami de la solitude.

Parfois ce tableau morbide change.

La malade devient agitée, irritée, réagit dans un sens hostile contre le monde extérieur, demande qu'on la renvoie, désire la mort.

L'agitation se manifeste par toutes sortes d'actes instinctifs et sans but. Les actes de nature hostile et destructive sont des actes réflexes psychiques, analogues à la crampe réflexe qui se produit par la voie spinale et qui peut être amenée par une névralgie. Les actes échappent au contrôle de la conscience ; la malade ne peut pas les dominer.

Ils sont mis à exécution en partie par l'excès des sentiments pénibles, de la dyses-

thésie et de l'anesthésie psychiques douloureuses qu'on pourrait comparer aux exacerbations d'une névralgie ; en partie par des sensations générales précordiales et torturantes (angoisse) ; en partie par des conceptions obsédantes, importunes, dans lesquelles s'objective momentanément le sentiment douloureux.

Ces paroxysmes viennent par accès.

Avec cette hyperesthésie psychique qui se manifeste d'une manière réflexe vont de pair des hyperesthésies spinales analogues, de vagues douleurs névralgiques, des tirements et des fourmillements agaçants dans les extrémités.

Le sommeil est agité et troublé par des rêves terrifiants. Une constipation habituelle, une anémie constitutionnelle complètent le tableau morbide.

Comme remède seules les injections de morphine ont donné des résultats.

Elles n'agissent que d'une manière palliative, mais pendant que leur effet se fait sentir, il y a un état de bien-être relatif pour lequel les malades s'épuisent en remercîments.

Mieux que par toute analyse clinique, cet état de mélancolie sans délire sera décrit par la lettre suivante de la malade dont j'extrais les parties les plus essentielles.

« Excusez-moi si je prends la liberté de répondre à votre désir, car je suis à peu près incapable de m'expliquer verbalement. Les idées viennent par escadrons, ce sont mes tyrans et je suis toujours portée à penser.

« Les idées sensées sont toujours effacées par les mauvaises pensées.

« Les mauvaises sont si puissantes, si nombreuses, si variées et aussi inconstantes qu'il y a de quarts d'heure dans une journée, dans un mois, dans une année, et celles-ci m'incitent à autant de projets que je suis malheureusement poussée à exécuter immédiatement.

« Ainsi, par exemple, je veux maintenant mourir, et il faut que je meure, que je me noie ou que je m'asphyxie par le gaz carbonique.

« Ces pensées et ces idées me tourmentent sans cesse ; mais quand le moment terrible est passé, je peux les vaincre avec beaucoup de peine. Deux fois j'ai succombé, mais heureusement ou malheureusement chaque fois je fus prise et arrêtée.

« Je fus même poussée par une femme légère à boire l'urine d'une malade atteinte de fièvre nerveuse à l'agonie, et je crus que la mort ne pouvait manquer de venir, mais ce fut en vain.

« A l'époque de la menstruation, je me suis assise dans de l'eau froide et j'ai fait d'autres tentatives encore, mais sans résultat. J'ai une peur terrible d'être condamnée à vivre longtemps ; voilà pourquoi je désire vivement que vous me donniez un moyen qui me mène de la vie à la mort.

« Si ma vie devenait plus supportable, je vous en serais toujours reconnaissante ; mais si je mourais, je vous en saurais gré pendant toute l'éternité, car mes souffrances en leurs variétés sont indicibles.

« Le soleil, la société gaie et les distractions me sont autant de tourments.

« L'orage, la tempête, les tremblements de terre, les ténèbres, l'incendie seraient mon plus grand plaisir, s'ils n'étaient pas toujours aussi passagers. Je ne fus jamais aussi heureuse que pendant le bombardement (Strasbourg).

« Je rendais des services aux malades et aux blessés avec le plus grand calme et avec dévouement ; mais cette fois encore tout fut vain.

« Depuis ces temps derniers je suis en proie aux pensées les plus méchantes.

« Je puis parler raisonnablement, c'est vrai, mais je ne puis penser de même, et, d'après les apparences, on ne s'en doute pas la plupart du temps.

« Je me sens presque toujours poussée à faire quelque chose et je ne sais pas ce

que je dois faire. Je n'ai jamais un moment de tranquillité, mais au fond j'ignore pourquoi. La plupart du temps je ne peux pas dormir la nuit, j'ai des rêves terrifiants et désespérés, et alors je frappe autour de moi tout en dormant.

« Je suis très disposée à frapper en général, très irascible, très impatiente.

« Parfois je me sens poussée à injurier les gens et même mes supérieurs que j'estime beaucoup et à les traiter avec ironie, souvent je suis portée à sauter, et alors je ne puis pas m'en empêcher ; ensuite je suis prise d'une très grande lassitude et d'une terrible mélancolie, et puis je ne peux plus bouger.

« Ainsi, au milieu de la journée, je suis prise d'un sommeil mélancolique, et alors je suis forcée de dormir, mais toutefois je ne puis pas dormir longtemps. Après ce sommeil, mes tourments sont encore pires sans que je sache pourquoi.

« Et puis dans l'intervalle de ces souffrances je sens aussi, assez souvent, des malaises physiques, divers symptômes d'excitation dans mes membres, mais tout cela n'est rien en comparaison de mes souffrances intérieures.

« Mais maintenant j'ai bon espoir que les injections de morphine que vous m'avez fait parvenir gracieusement domineront et atténueront toujours ces périodes terribles. Je vous prie de m'en faire parvenir dans ma plus grande détresse ; je n'abuserai jamais de votre bienveillance. »

CHAPITRE III

PARANOIA[1]

La description qui va suivre comprend sous cette dénomination une maladie psychique chronique qui se rencontre exclusivement chez les tarés, qui se développe souvent au milieu des névroses constitutionnelles, et dont le symptôme principal est l'existence d'idées délirantes[2].

Ces idées délirantes sont, contrairement à celles qui se rencontrent dans la mélancolie et dans la manie, des créations primaires du cerveau qui manquent de toute base et origine émotive; contrairement aux délires de la folie, ce sont des idées systématiques méthodiques de prime abord, qui sont formées par des opérations de conclusion et de jugement et qui de cette façon s'échafaudent en un véritable édifice d'illusions. Cette faculté de développer une activité psychique combinante et raisonnante est, contrairement encore à la vésanie, garantie par le ménagement relatif que le processus de la maladie a eu pour la vie intellectuelle, du moins en ce qui concerne le mécanisme (formation des jugements et des conclusions); de sorte que pour un observateur superficiel le calme et la logique du malade paraissent sauvegardés (folie partielle).

Malgré toute son apparence de lucidité, l'intelligence est pourtant troublée d'une manière particulière en ce sens qu'en dépit de l'absence d'émotions, malgré la conservation de la faculté de perception et de réflexion, le malade est incapable de rectifier ses imaginations, ses illusions, etc.; il les accepte sans critique et comme des faits acquis, et il s'en sert dans ce sens.

Par conséquent il juge et conclut nécessairement sur la base de pré-

[1] Snell, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 22, p. 368; 30, p. 319. — Westphal, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 37, p. 252. — Hagen, *Studien*, etc., 1870, p. 41. — Schäfer, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 36, p. 254; 37, p. 55. — Koch, *Ibid.*, 36, fasc. 5. — Fritsch, *Jahrb. f. Psych.*, I, 1879, p. 40. — Merklin, *Studien über die prim. Verr.* Thèse doctorale, Dorpat, 1879. — Amadei e Tonnini, *La Paranoia e le sue forme. Arch. ital.*, 1884. — Morselli e Buccola, *Contrib. clin. alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva*, Torino, 1883. — Tanzi e Riva, *Rivista sperim.*, X, fasc. 3.

[2] Synonymes : *Primäre Verrücktheit* (Griesinger). — *Délire partiel, délire systématisé, folie systématisée* (Morel). — *Monomanie intellectuelle* (Esquirol). — *Paranoïa universalis* (Arndt). — *Chronischer Wahnsinn* (Schüle et d'autres).

misses fausses, et il échafaude un édifice d'illusions dont le fondement et les pierres ne sont que des fictions malgré toute la correction dans l'exécution de l'architecture.

Les états d'esprit et les actes du malade sont des phénomènes de réaction contre l'illusion et les hallucinations.

Le centre de gravité de l'ensemble pathologique n'est donc pas, comme c'est le cas dans la mélancolie et la manie, dans les troubles primaires émotifs et psychomoteurs, mais dans les troubles de la sphère de conception (illusion et absence de critique). Le paranoïque sent et agit comme si son illusion était une réalité. Le développement et la marche de la paranoïa sont chroniques. Elle se développe lentement, après un stade d'incubation qui dure des mois et même des années, avant d'arriver à son apogée ; alors elle reste souvent, pendant des années et même des lustres, stationnaire, et ne se termine jamais par la démence, fin des psychonévroses incurables.

Parmi plus d'un millier de cas de mon observation personnelle, je n'ai jamais vu une seule guérison, mais bien des intervalles lucides, surtout au commencement de la maladie, et qui n'ont eu qu'une durée éphémère, puis des rémissions profondes et durables pendant lesquelles les symptômes de la maladie (idées délirantes, illusions) étaient tout à fait latents.

Les intermissions durant presque une année, avec pleine connaissance de son état et avec rectification de la part du malade, sont aussi assez fréquentes. Ces intermissions peuvent se produire encore après des années, et il ne faut pas les confondre avec les guérisons, car dans tous ces cas la paranoïa se déclare à nouveau après un temps plus ou moins long ; mais elle ne revient pas comme une récidive qui parcourt tout le processus de la maladie dès son commencement; elle reprend sa marche là où elle l'avait interrompue. Il ne faut pas non plus confondre avec la rémission cette dissimulation parfois très habile qu'emploient souvent les malades de ce genre. Ils savent si bien prendre empire sur eux-mêmes, selon les circonstances, et donner l'apparence d'un état normal, qu'ils se trahissent tout au plus par des émotions affectives et révèlent alors un nouveau fragment de leur histoire de souffrances ou d'exploits héroïques.

Afin de pouvoir pénétrer et comprendre cette forme de trouble psychique qui se meut essentiellement au milieu des idées délirantes, il est d'une très grande importance de connaître le mode d'origine des principaux symptômes de la maladie. Au début se développent des idées délirantes venant des imaginations, des conclusions fausses appuyées par une paralogique originaire remarquable, ensuite basées sur des illusions de la mémoire et à l'occasion même sur de véritables hallucinations de souvenir.

Déjà, à cette période, peuvent surgir épisodiquement des créations primordiales morbides de la conception. Elles agissent sur le malade de la même manière que les conceptions obsédantes, en l'importunant, en le terrifiant, en le déprimant ; mais elles ne tiennent pas longtemps debout devant sa réflexion et sa critique intactes. Au cours du développement, à

l'apogée de la maladie, de véritables illusions des sens surviennent et aident à la création de la monomanie.

L'apparition de l'acmé de la maladie est marquée par des hallucinations dont l'utilisation pour la formation de l'idée délirante se fait souvent sans entrave de la part de la conscience qui est devenue complètement paranoïque (faculté de critique disparue, etc.). Les idées délirantes, à l'apogée de la maladie, se développent essentiellement d'après le mode d'origine que nous venons de décrire. Les sources les plus importantes sont pour la genèse directe : les délires comme expression de la fonction spontanée et morbide des régions de l'écorce cérébrale qui produisent les opérations de la conception (délires primordiaux) ainsi que les hallucinations. Il y a des cas, très rares d'ailleurs, où, à l'acmé de la maladie, la formation de l'idée délirante est essentiellement primordiale et idéative (paranoia combinatoria); il y en a d'autres plus fréquents où la région sensorielle hallucinatoire participe presque exclusivement à l'origine et à la marche de la maladie (paranoia hallucinatoria).

Indirectement, par la réflexion, par leur création consciente, ces éléments peuvent se développer sans limites et se prêter à une nouvelle utilisation dans le sens des idées délirantes secondaires. Avec le plein développement de l'action de la conscience changée dans le sens paranoïque, arrivent les matériaux de la paranoïa fournis par les paramnésies (par exemple confusion des choses rêvées et délirées avec des faits réels), par les illusions de la mémoire et par de véritables erreurs de souvenir. Une grande quantité de matériaux est fournie enfin par les névroses constitutionnelles prémorbides dont les nombreux troubles de sensibilité, motilité, etc., sont objectivés et motivés dans la conscience paranoïque non pas par une maladie physique mais par des influences venant du monde extérieur.

A l'acmé de la maladie cette transmutation des anomalies de sentiment en conceptions délirantes s'accomplit sans difficulté et comme par obsession; d'autre part l'hyperesthésie des centres et des voies conductrices permet aux images mentales de se transformer immédiatement en sensations.

Ainsi le malade est transporté dans un monde d'erreurs et d'illusions et, pour comble de malheur, sa logique continue à rester juste quant à la forme et brode tout un tissu d'idées délirantes.

La signification dégénérative du tableau morbide, que Morel avait déjà clairement reconnue, a été récemment mise en doute à plusieurs reprises par certains auteurs (Mendel et autres) qui ont considéré la paranoïa comme une forme chronique de la vésanie.

Je n'ai jamais constaté de paranoïa chez des individus sans tare. Dans la grande majorité des cas, la tare était héréditaire (caractère anormal, psychoses, névroses constitutionnelles, ivrognerie des ascendants), plus rarement la tare était acquise par maladies cérébrales dans l'enfance ou par un rachitisme qui a troublé le développement du crâne et du cerveau. Tanzi et Riva (*op. cit.*) ont trouvé dans leurs cas de paranoïa 77 p. 100 de

cas héréditaires, 9,5 p. 100 de troubles de développement par maladie du cerveau chez l'enfant. Chez 17 p. 100 des paranoïques on ne put trouver d'antécédents héréditaires, mais leur possibilité n'était pas exclue non plus.

Pour élucider scientifiquement la question, il est beaucoup plus important de prouver cliniquement la tare dans le cas isolé. Sous ce rapport l'examen minutieux de la personnalité prémorbide et de la personnalité actuelle ne donne jamais de résultat négatif.

On s'apercevra toujours que la nature intime et tout le développement du caractère des candidats à la paranoïa sont anormaux ; il est même incontestable que souvent la tendance spéciale et anormale du caractère est déterminante pour la forme spéciale que prendra plus tard la folie primaire, de sorte que celle-ci représente pour ainsi dire une hypertrophie du caractère anormal.

Ainsi voyons-nous par exemple un individu de tout temps méfiant, renfermé et aimant la solitude, se croire un jour persécuté; un homme brutal, irascible, égoïste et défectueux dans ses idées, devient quérulant, chicaneur, et une personne dévote et excentrique devient une proie pour la paranoïa religieuse.

Ce développement de la maladie, sorti du noyau le plus intime de la personnalité, se calquant sur le caractère de l'individu, jette dès maintenant un jour caractéristique sur ce fait, qui plus tard se dessinera bien distinctement au cours de la maladie : le rôle prépondérant que joue chez ces malades la vie psychique inconsciente en face de la sphère de la vie consciente.

Le caractère même n'est essentiellement que l'expression de l'activité de de cette sphère intellectuelle inconsciente.

La prédominance de cette dernière se produit par le caractère rêveur, mou, souvent romanesque et enthousiaste de ces individus, leurs états d'esprit et leurs dépressions non motivés, par le fait que des délires accidentels survenant dans les maladies occasionnelles, des choses éprouvées en rêve, des réminiscences de lectures ou du théâtre continuent à se tisser dans le plus profond de leur âme, puis surgissent bientôt comme un éclair sous forme de conceptions obsédantes et de délires primordiaux pour redevenir latents et pour trouver plus tard leur expression définitive dans les conceptions délirantes de la maladie.

D'ordinaire, l'activité de l'imagination de ces individus est très vive et très facile à exciter. Les facultés intellectuelles peuvent être bonnes, mais elles sont souvent exclusivement développées dans une direction.

Le Moi succombant sans résistance devant les créations de la maladie (idées délirantes, illusions des sens), malgré l'absence de troubles émotifs, l'abandon simple et sans critique, dénué de toute réflexion et de tout contrôle de ces idées, la rapidité étonnante avec laquelle elles se développent pour constituer un échafaudage systématique d'idées délirantes, surtout les associations d'idées alogiques, baroques et archifolles, tout cela indique une vie cérébrale d'une organisation anormale.

Ce fait ressort d'une manière particulièrement frappante de la tendance continuelle du malade à rapporter à sa propre personne tous les événements du monde extérieur[1]. Sans recherche, sans aucune réflexion et avec une logique originairement fausse mais juste quant à la forme, le malade établit ces corrélations qui, pour la conscience, prennent immédiatement l'importance de faits réels et incontestables. Même des mots insignifiants [2] qu'on a entendu prononcer par hasard restent souvent dans la mémoire, font une profonde impression, sont pris d'une manière baroque, à contresens et, après avoir été torturés et interprétés symboliquement et d'une manière absolument impossible pour un cerveau normal, ils sont rapportés à soi-même.

Les constatations anatomo-pathologiques, dans cette forme de vésanie qui a sa racine dans le fond de la personnalité et du caractère, sont actuellement encore très insuffisantes. On rencontre souvent des asymétries dans le développement des carotides et des artères vertébrales, du crâne et du cerveau ; ces constatations peuvent, au point de vue du caractère, ne pas manquer d'importance, mais, pour l'interprétation du véritable processus de la maladie, les autopsies des cadavres avec constatations pour la plupart négatives sont bien infructueuses.

L'absence de processus anatomiques grossiers pourrait peut-être expliquer le fait que la maladie ne va pas jusqu'au gâtisme, et qu'elle laisse intact le mécanisme de la formation des jugements et des conclusions.

Les causes accidentelles qui amènent l'explosion de la maladie sont celles de l'aliénation mentale en général ; la puberté, la ménopause, les maladies utérines, l'onanisme, paraissent cependant d'une très grande importance.

Le développement de la maladie est, dans la plupart des cas, successif pour ainsi dire, se forme en parasite sur la personnalité anormale et, par ce fait, échappe ordinairement à l'observation.

Le stade d'incubation peut être désigné comme celui des pressentiments et des suppositions par opposition à la phase de la maladie développée où les idées délirantes et les illusions des sens amènent la certitude.

Dans ce stade prodromique, des impressions provenant de la sphère intellectuelle inconsciente du malade et de son individualité se joignent

[1] Une de mes malades prit pour elle l'annonce d'un journal où une sage-femme faisait savoir qu'elle venait de s'établir; elle en conclut qu'on la croyait... enceinte. Une autre avait fait insérer dans un journal une annonce de nature amoureuse. Quand, le lendemain, elle vit à un coin de rue l'affiche du théâtre annonçant la pièce bien connue : *Sie ist wahnsinnig* (elle est folle), elle pensa en elle : « Ah! cela te regarde, toi ! » Un malade crut, en voyant sautiller les grenouilles dans l'eau, que c'était un avis de quitter son domicile qui lui était devenu antipathique. Une malade voyant sur l'affiche du théâtre la pièce : *Les Nouveaux Mariés*, prit cela pour une allusion offensante et grossière à une liaison d'amour qu'elle avait eu il y a vingt ans.

[2] Un de mes malades passe auprès du calvaire (*Calvarienberg*, église de pèlerinage à Gratz). Immédiatement il interprète le mot de la manière suivante : *cal* = *callé* (fiancée) *vari* = *war* (était) *i* = *Ignatz* (frère cadet du malade), *en* est le symbole de la Russie et mène à de grandes complications.

aux perceptions en elles-mêmes justes qu'il recueille du monde extérieur : elles y accourent par attraction. Derrière les phénomènes, il aperçoit, cherche quelque chose qui n'appartient pas du tout à ces phénomènes (Hagen). Comme le malade ne se rend pas compte de l'origine de ces fictions, les rapports particuliers qu'il attribue à ce qu'il a perçu lui paraissent des faits acquis et, comme tout ce qui se rattache à la perception vient du malade même, il rapporte tout à sa propre personne. Les émotions occasionnelles de consternation ou d'excitation ne sont pas primaires, mais secondaires. Par moments, la logique est encore capable de corriger ou de rectifier ces fictions, mais toujours et toujours le faussement de la pensée revient et se reproduit. L'imagination montée et l'attention plus tendue aident à cette erreur ; des incidents de hasard confirment le soupçon.

Il ne s'agit pas ici d'un travestissement du monde extérieur amené par la réflexion et par des illusions, comme cela résulte de l'état d'esprit morbide du mélancolique et du maniaque, mais bien de fictions venant d'un fondement organique et inconscient et se liant aux perceptions du monde extérieur. Par ce fait, ces perceptions, ainsi que les propres idées du malade, apparaissent avec le même caractère. L'activité inconsciente de l'âme continue à tisser ces fils de la pensée et permet aux suppositions de mûrir et de devenir des idées délirantes primordiales.

La transition vers le stade du plein développement de la maladie, qui est caractérisé par la formation des idées délirantes, est rarement brusque et s'accomplit rarement avec des phénomènes orageux (accès d'angoisse, de crampe, hallucinations s'imposant en foule et représentant un véritable délire hallucinatoire) ; elle est dans la plupart des cas progressive, de façon que les fictions inconscientes qui se développent deviennent d'abord des perceptions illusoires, jusqu'à ce qu'un incident surprenant, bien que dû au simple hasard, transforme d'un coup la supposition en certitude et que, avec une émotion qui s'y joint, l'illusion entre dans la conscience. Alors c'en est fait de la faculté de critique et de réflexion. Tout est interprété selon les circonstances dans un sens hostile ou favorable à l'individu.

Une perception non colorée n'est plus guère possible. Passagèrement, il se produit déjà dans ce stade un délire de transformation générale : tout est changé et contrefait, etc. (délire métabolique, — Mendel).

Le mode d'origine des idées délirantes qui dominent maintenant la scène est en partie un processus d'excitation directe dans les cellules de la pensée, en partie une excitation des nerfs organiques périphériques qui, sans arriver jusqu'à la claire conscience, excitent pourtant les cellules de la pensée ou même des centres psycho-sensoriels et provoquent des représentations délirantes correspondantes (par exemple : sexuelles, hypocondriaques), ou des hallucinations. Le malade n'arrive pas à avoir conscience de ces faits qui se produisent dans le mécanisne de sa vie intellectuelle inconsciente ; il n'en a connaissance que par un détour, par voie indirecte, sous forme d'hallucinations et de délires primordiaux.

Dans le premier moment, ces créations produisent un effet surprenant, pour ainsi dire stupéfiant. Mais le malade se les assimile bien vite ; elles

agissent sur lui avec une obsession remarquable, comme une vérité absolue. La motivation n'a lieu que tard ou pas du tout. En présence des contestations, le malade invoque ce qu'il croit un fait réel.

Souvent, au début, les délires primordiaux tirent leur origine de l'activité créatrice qui s'accomplit dans la demi-somnolence et dans le délire, de même que des faits vus dans des rêves ou des délires antérieurs sont reproduits et peuvent être utilisés. C'est cette origine qui explique en partie le caractère baroque, romanesque et fantastique des idées délirantes (voyez plus loin paranoïa originaire et hystérique).

La source la plus importante pour la création et le développement des idées délirantes se trouve cependant dans les hallucinations qui ne manquent presque jamais à l'apogée de la maladie. Les excitations de la conception qui les font éclater appartiennent également à la sphère inconsciente et les hallucinations sont pour la conscience étranges, surprenantes, incompréhensibles, comme c'est le cas pour les délires primordiaux à leur début.

Aux stades plus avancés de la maladie, les pensées conscientes même peuvent se transformer en voix.

D'accord à ce sujet avec Saint, je trouve que les hallucinations auditives sont les plus fréquentes et les plus importantes, ensuite viennent les hallucinations tactiles, visuelles, et celles du goût et du sens olfactif.

On doit signaler comme particulièrement intéressant le fait que, malgré toutes les nuances individuelles, la nature des idées délirantes primordiales est essentiellement la même chez tous les malades.

Les idées délirantes, en ce qui concerne leur nature, sont basées sur un préjudice ou un avantage dans la position sociale du malade (délire de persécution et délire des grandeurs).

Les délires de persécution sont beaucoup plus fréquents que les délires des grandeurs. Ces deux délires primordiaux peuvent se rencontrer consécutivement ou simultanément dans le même tableau morbide où ils peuvent subsister chacun seul et à part.

Quand le délire débute par la monomanie de la persécution, souvent des idées de grandeur viennent s'ajouter au cours de la maladie avec une telle puissance et en si grand nombre qu'elles refoulent presque complètement le délire de persécution. Le persécuté devient un personnage illustre (transformation) ; les deux rameaux du délire seront alors à peu près mis en corrélation logique et, bien que le délire secondaire prédomine, le délire primaire se manifeste pourtant par moments au cours de la maladie.

Comme précurseurs d'une transformation future se montrent de bonne heure les délires primordiaux des grandeurs tout à fait brusques et disparaissant aussi vite qu'ils sont apparus, en même temps que les hallucinations correspondantes.

Quand la paranoïa débute et évolue avec délire des grandeurs prédominant, aucune transformation n'a lieu, mais les idées primordiales de persécution peuvent se rencontrer épisodiquement et occasionnellement.

Comme phénomènes réactifs secondaires, il se produit des émotions violentes qui, selon la nature des délires, se manifestent par de l'angoisse, des explosions de désespoir ou comme émotions d'enthousiasme pouvant aller jusqu'à l'extase. Les explosions de désespoir peuvent être annotées par de violentes sensations précordiales. Parfois des émotions d'angoisse se produisent spontanément, c'est-à-dire à la suite d'une cause organique ; alors elles vont jusqu'aux explosions ayant la forme de raptus.

La marche chronique et totale de la maladie se fait souvent par soubresauts (Westphal).

Les exacerbations vont souvent de pair avec des symptômes nettement somatiques (états d'excitation et de fluxion cérébrale avec insomnie, salivation, etc.) ou aussi avec des symptômes psychiques (absorption, rêverie allant jusqu'à l'extase, paralysie ayant la forme de la stupeur, confusion hallucinatoire avec délires en foule, états d'agitation du genre de la frénésie avec actes impulsifs, conceptions et mouvements obsédants, verbigération, etc.). Dans ces états où l'activité de la sphère inconsciente prédomine, de nouvelles séries d'idées délirantes se forment.

Un fait très important pour l'appréciation du cas clinique et de son évolution, mais qui jusqu'ici a été trop peu pris en considération, c'est la présence des psychoses avec allure toute autre dans la marche totale de la paranoïa. J'ai vu à plusieurs reprises se développer de la démence paralytique ; l'aliénation mentale alcoolique et épileptique n'est pas rare non plus dans ce cas ; puis on note des formes périodiques, de la mélancolie épisodique et de la vésanie.

Un fait non moins remarquable, c'est qu'une forme clinique de la paranoïa peut avoir une évolution abortive en ce sens qu'elle est remplacée par une autre forme. Ainsi, par exemple, la paranoïa originaire devient parfois abortive et plus tard c'est la paranoïa tardive qui apparaît. Il arrive aussi parfois qu'une paranoïa typica persecutoria tardiva se transforme sous l'influence des excès alcooliques en une paranoïa alcoolique ou qu'une paranoïa querulantum soit remplacée par une paranoïa persecutoria simple, qu'une paranoïa persecutoria simple soit remplacée par une paranoïa érotique ou religieuse. Contrairement aux cas où ces substitutions se font comme une simple transformation du délire, il faut remarquer qu'ici la forme originaire devient latente jusqu'à l'intermission et que la nouvelle forme se manifeste comme autonome par le fait que, semblable à une forme originaire primitive, elle fait son entrée avec un stade d'incubation net et part de là pour se développer jusqu'à l'apogée de la maladie.

La terminaison de la paranoïa est un état de faiblesse psychique qui cependant se manifeste plutôt par une indifférence de cœur que par des défauts intellectuels et laisse dans tous les cas à peu près intactes les anciennes capacités artistiques ou professionnelles de ces malades, de même que leur faculté de juger et de conclure. Ces persécutés, héros, divinités et majestés de l'asile, restent souvent jusqu'à la fin de leur vie des artisans et des laboureurs très appréciés au service de l'asile qui pour

eux est devenu une seconde patrie ; ils sont d'autant plus capables de faire leur ouvrage que les idées délirantes s'effacent successivement, que leurs hallucinations deviennent de plus en plus rares et que toutes deux perdent leur pouvoir de produire des émotions.

Dans tous les cas il n'est ni dans la nature ni dans la marche de la paranoïa de mener à la démence. Quand les paranoïques tombent dans le gâtisme, il s'agit sans doute de complications. La démence est ici la conséquence et l'expression du sénium précoce ou des excès alcooliques ou masturbatoires, ou bien elle est le dénouement des psychoses de complication.

Afin de pouvoir donner une description détaillée des tableaux cliniques de la paranoïa, il est nécessaire d'en faire avant tout la classification. Cette classification ne peut être que purement empirique, étant donnée notre ignorance de la nature intime de ces états ; elle doit être basée sur l'époque du début de la maladie, sur les particularités de l'étiologie, de la marche et des détails symptomatiques. Chose digne de remarque à ce sujet, c'est que certains cas commencent dès l'enfance (originaire), et que d'autres n'éclatent qu'au cours du complet développement psychique (tardive). D'après les phénomènes étiologiques qui trouvent aussi leur expression dans le tableau morbide, on peut distinguer, dans le cadre des formes tardives, une paranoïa simple, voire typica, en face des formes de la paranoïa neurasthénique, hystérique, hypocondriaque, alcoolique, etc. La nature des délires n'est pas non plus sans importance clinique pour la classification ; dans tous les cas elle n'est pas le produit du hasard et demande à être prise en considération dans le travail de classement quand des formes avec délire dépressif (persécutoire) et expansif se produisent.

I. — Paranoïa originaire[1].

Par paranoïa originaire, comme opposé du groupe suivant de la paranoïa tardive, je comprends les cas dont l'origine remonte à une époque antérieure à la puberté ou du moins à la période de développement de la puberté.

Il s'agit toujours d'individus qui ont une tare grave et il faut ajouter ordinairement héréditaire, qui dès leur première jeunesse ont réagi intellectuellement d'une manière anormale et chez lesquels, suivant l'expression juste de Sander, la maladie s'est développée avec le développement psychique comme la santé se développe chez les personnes à prédisposition normale.

Cette forme est beaucoup plus rare que la forme tardive. Sur 550 cas de paranoïa je l'ai rencontrée 16 fois (10 femmes, 6 hommes). La tare se manifeste somatiquement par des névroses purement constitutionnelles qui se

[1] Sander, *Griesingers Archiv. f. Psych.*, I, fasc. 2. — Merklin, *Die primäre Verrücktheit*, 1879.

déclarent de bonne heure (neurasthénie, hystérie, hypocondrie), par la précocité anormale de l'éveil de l'instinct sexuel ou par sa tendance perverse, instinct qui s'éveille rarement sans provoquer la masturbation, par la tendance aux délires, à l'occasion des troubles somatiques tels que les processus fébriles, ou aussi à l'occasion des exacerbations de la névrose.

La tare psychique se manifeste par un naturel mou, fade, sentimental, porté à l'hypocondrie et à l'érotisme, par une sensibilité, une émotivité et une susceptibilité excessives.

J'ai pu occasionnellement faire remonter les symptômes d'incubation jusqu'à la quatrième année de l'individu. Les enfants ne se sentaient pas traités par leurs parents avec la même affection qu'on prodiguait à leurs frères et sœurs ; ils croyaient être réduits à l'état de Cendrillon dans la maison. Le sentiment qu'ils étaient négligés leur était douloureux au point de produire un dégoût de la vie. En général, le ton qui régnait dans la maison ne leur semblait pas assez distingué, ils se sentaient attirés vers les classes supérieures de la société. Effectivement ces individus délicats, pâles, rêveurs, sentimentaux, développés avant le temps physiquement et psychiquement, trouvent des marques d'attention de la part de voisins ou d'étrangers bienveillants. Les paroles aimables, les flatteries sans aucune importance, notamment si elles viennent de la part de personnes ayant une haute position sociale, font une profonde impression. Les sentiments se développent avec l'idée qu'on est destiné à quelque chose de plus élevé, qu'on a un talent extraordinaire. Dans les rêves et dans les délires surgit l'idée d'appartenir à un monde social plus élevé. Cette idée se manifeste à l'état de veille et devient le point de départ pour l'échafaudage de châteaux en Espagne et de projets transcendentaux.

Dès lors, des délires primordiaux de haute extraction peuvent venir papilloter autour de l'individu pour rentrer aussitôt et rapidement dans le néant. La croyance qu'on n'est pas traité affectueusement à la maison, la prétendue ou réelle prévenance qu'on rencontre chez les gens du dehors, alimentent sans cesse ces rêveries.

Le pressentiment qu'on est l'enfant d'autres personnes s'impose de plus en plus puissamment. Les malades découvrent une dissemblance entre leurs traits et ceux de leur famille, une ressemblance surprenante avec les portraits des membres de la dynastie régnante ou de personnes haut placées.

A l'occasion d'une conversation sur ces personnes, les prétendus parents ont pâli et sont devenus embarrassés. Il y a là-dessous un mystère que les malades se sentent poussés à éclaircir. De nouveaux états d'exception délirants (hystériques), même des rêves, des interprétations paralogiques des événements de la vie à l'état de veille, des paroles de l'entourage, des annonces dans les journaux, des passages de romans, etc., tout leur fournit des matériaux pour la monomanie future.

Pour le malade, il devient de plus en plus clair et évident qu'il n'est que l'enfant en nourrice ou adoptif des gens qui se donnent comme ses véritables parents.

Les saluts respectueux de la part du public deviennent de plus en plus

nombreux. Le père nourricier ou la mère nourrice laissent à l'occasion échapper des allusions sur sa noble origine, sa grande fortune ; ils montrent la lettre de noblesse, mais dans la plupart des cas quand ils sont à l'agonie, et ils meurent au moment où ils étaient sur le point de révéler le secret. Peu à peu le malade l'apprend par des illusions auditives et par des hallucinations. Des réminiscences, des rêves et des délires sur ce sujet et qu'on prend pour des réalités (illusions de souvenir), deviennent des aides importants pour composer le roman et solidifier l'illusion. L'imagination façonne cette origine mystérieuse et non découverte et en fait des romans typiques où il est dit qu'étant enfant, on a été enlevé du château princier de ses parents par des brigands, des bohémiens, etc. Maintenant le malade s'explique le fait qu'on lui a toujours, selon son idée, préféré autrefois, étant enfant, ses prétendus frères et sœurs. La fixation de l'idée délirante ne s'accomplit souvent que très lentement. Ces malades sont souvent pendant des années à la recherche de la maison paternelle, du château princier.

Chez les individus du sexe féminin un élément érotique, lambeau de paranoïa érotique, apparaît régulièrement au cours de la maladie ; souvent un amour romanesque pour un personnage haut placé. Il y a alors des scènes d'amour, des premières nuits de noces, des grossesses et des accouchements pendant les rêves et les états hallucinatoires délirants, surtout à base hystérique. A l'état de veille aussi des illusions des sens, des confusions de personnes, des interprétations paralogiques de choses lues jouent un rôle important dans ce roman d'amour.

Episodiquement des délires de persécution se présentent à l'observation, parfois comme des créations tout à fait primordiales, mais, dans la plupart des cas, à l'occasion des conflits et des obstacles que l'illusion paranoïque rencontre dans le monde réel. La marche est ensuite — véritable roman de persécutions et de grandeurs — essentiellement semblable à la marche de la paranoïa tardive, notamment à la forme hystérique et masturbatoire. Il faut remarquer les intermissions qui peuvent durer pendant des années. Notons comme importante au point de vue du diagnostic dans cette forme de la paranoïa, abstraction faite du mode d'origine et du début avant la puberté, la nature romanesque et féerique des délires avec prédominance de la monomanie des grandeurs, et l'idée délirante, qui revient typique, qu'on est né d'une grande famille et qu'on n'est que l'enfant en nourrice ou adoptif de ses prétendus parents. Remarquons encore la nature très variée du délire, bien que le fond de l'illusion reste solidement fixé, l'intervention puissante des névroses constitutionnelles (surtout de l'hystérie) dans le processus, avec de nombreuses transformations psychiques des symptômes de la névrose, enfin l'apparition précoce de la confusion (à la suite des illusions de souvenir, des illusions, des hallucinations, etc.) de sorte que le status præsens peut même simuler l'image d'une vésanie.

Observation XXXIII. *Paranoïa originaire.* — Katzian Victoria, vingt-six ans, non mariée, fille de brasserie, a été reçue le 22 août à la clinique psychiatrique.

La mère était psychopathe, deux frères de la mère étaient fous. La malade arrive attifée étrangement, ornée de rubans noirs et jaunes, d'images, décorée de bijoux en talc. Depuis un an, dit-on, elle se comporte en reine et impératrice, et aurait à l'occasion menacé les gens de son entourage de les faire mettre en prison ou de leur faire ouvrir le ventre. Elle entre, en se donnant de grands airs et un air de protection bienveillant, dans la clinique où elle attend son couronnement.

Etant encore petite fille, elle ne se trouvait pas heureuse à la maison paternelle ; elle s'y sentait toujours comme une étrangère, une enfant de belle-mère. Elle dut souffrir beaucoup, se trouvant esclave ; on la traitait durement et sans la moindre marque d'affection, on la raillait ou on la persécutait ; elle a souvent pleuré des journées entières et médité sur sa triste situation. Les gens de sa famille rapportent que, dès sa première enfance, la malade n'était pas comme les autres enfants ; elle était silencieuse, rêveuse, très susceptible, douillette, exaltée, romanesque.

La malade se rappelle avoir eu à l'âge de sept ans une vision terrifiante. A l'âge de neuf ans lui vinrent des idées de haute extraction. Elle se sentait douée de talents extraordinaires, particulièrement remarquables et bien au-dessus des camarades de son âge. En jouant, l'idée lui passait souvent par la tête qu'elle finirait un jour par devenir impératrice.

A l'âge de douze ans elle s'aperçut par suite de l'attitude peu affectueuse de ses parents qu'un mystère devait entourer son origine. Elle sentait que ses sœurs et frères l'enviaient. L'attitude des gens lui paraissait de plus en plus étrange. Ses parents et certaines personnes de son entourage la traitaient avec répulsion, d'autres au contraire étaient aimables et respectueuses envers elle. Un jour, l'instituteur lui dit : « Victoria, tu es une homonyme de la reine d'Angleterre. » Cela fit une profonde impression sur elle. Plus tard elle entendait souvent dire derrière elle : « Victoria d'Angleterre, belle fiancée ! » A l'occasion elle entendait aussi des injures.

Elle se mit donc à réfléchir et se livra à toutes sortes d'idées romanesques.

A l'âge de quinze ans arrivèrent les règles avec des malaises chlorotiques et nerveux. A l'âge de seize ans elle eut une maladie du sang (morbus maculosus ?). Il lui semblait alors que son sang se changeait de rouge en bleu et interprétait dans ce sens les taches livides qui se trouvaient sur sa peau. Elle s'aperçut aussi que les gens lui causaient comme si elle était reine. A l'occasion elle put voir un portrait de la reine d'Angleterre et elle remarqua sa ressemblance avec cette image; elle devait être une fille de cette reine.

Les gens l'appelaient souvent Victoria du pays des Souabes. Elle apprit par des propos de son entourage, de même que par les allusions que le curé fit lors d'une procession, qu'elle était la fille de la reine d'Angleterre, qu'à l'âge de trois mois elle avait été enlevée à sa mère et apportée à ses parents nourriciers. Les allusions qu'elle avait recueillies à divers propos ne voulaient plus lui sortir de la tête, elle y voyait des allusions à son avenir et en tissait ses rêves.

A l'âge de vingt et un ans elle noua une liaison avec un instituteur. Après avoir couché une fois avec lui, elle eut un rêve superbe dans lequel elle regardait en mère et avec tendresse un enfant Jésus. Déjà, à cette époque (en 1874), lui venait souvent l'idée que son amant pourrait bien être le Kronprinz. Cette supposition devint une certitude un jour que l'instituteur lui mit une bague au doigt et la regarda, tantôt elle, tantôt les portraits de l'empereur et de l'impératrice suspendus dans la salle du cabaret. Alors elle découvrit immédiatement la grande ressemblance de son amant avec l'empereur.

Les gens lui firent voir qu'elle était la fiancée du prince héréditaire et qu'il savait qu'elle était une princesse d'Angleterre.

A partir de 1876 la maladie fit des progrès rapides, étant donné que les impressions du monde extérieur étaient de plus en plus faussées ; la malade devint une personnalité romanesque, folle et étrange, et elle commença à se comporter conformément à ses idées délirantes.

Quelques mots saisis au vol dans une conversation, des notes de journaux, des morceaux de papier ramassés, des rêves, etc., devenaient des matériaux pour la construction de l'édifice de ses idées délirantes. N'importe quels passages trouvés dans des romans et qu'elle cite encore maintenant, bien des années après les avoir lus pour la première fois (« Reine de toutes les reines, tu ressembles à l'image d'une Madone, belle Angèle, etc. ») ont, selon elle, rapport à son origine princière. Un conte publié dans le journal illustré le *Heimgarten* produisit sur elle une impression toute particulière. Elle y croyait lire toute sa biographie. Le chapitre « Le Passé » y était bien sombre et bien triste. Quand elle voulut lire le chapitre intitulé « L'Avenir » dont les feuilles étaient pliées, le livre disparut par hasard. Ainsi l'avenir restait pour elle voilé et dans le mystère. Toutefois il doit être en rose. Elle croyait savoir par des lectures qu'elle était déjà reine et qu'elle pourrait bien monter jusqu'au rang d'impératrice.

A l'occasion d'un rêve qu'elle eut en 1877, elle vit à l'évidence qu'elle n'était pas une Katzian. Elle vit dans ce rêve son père nourricier en prison, couché sur une botte de paille, ayant à sa droite un chien, symbole de la fidélité, à gauche un chat, symbole de la fausseté (Katzian, de *katz*, chat) ; donc elle est une fausse Katzian. Comme en allant à l'église pour la messe de minuit du Noël de 1878, le fils de la maison, Joseph, l'admirait, elle conçut l'idée qu'elle pouvait bien être Marie, mère de Dieu. Quand plus tard, descendant à la cave et pensant à son amant, elle aperçut une lumière, elle pensa que c'était le feu de l'amour. Quand elle se coucha ensuite, elle eut des idées célestes. Sa bouche était pleine de douceur, ses mains comme une fleur parfumée. En dix minutes tout était passé.

Bientôt après avoir été reçue à l'asile, la malade pose pour l'impératrice « Concordia », nom indiqué dans la « Cloche », poésie de Schiller. Les breloques dont elle s'orne sont interprétées d'une manière tout à fait insensée. Un ruban rouge autour de son cou signifie l'amour, un blanc l'innocence, un ruban noir et jaune son origine impériale. Une image d'enfant enchâssée dans un cadre de cuivre jaune avec un chapiteau ayant la forme d'une couronne, signifie pour elle et l'enfant Jésus et la couronne impériale. « La couronne doit être un boulet et une croix ; la boule signifie que je possède des pays, la croix que j'ai dû souffrir dans ma vie le martyre et bien des peines. »

Son idée délirante englobe bientôt son nouvel entourage. La garde-malade en chef est la reine d'Angleterre, le professeur est l'empereur, un des médecins le kronprinz. La garde-malade en chef a accepté cette place par pur amour maternel. Une garde-malade devient son ancien amant, les autres malades sont des princes déguisés qui luttent pour obtenir sa main. La malade exige qu'on mette enfin un terme au scandale en faisant passer tout le monde devant un conseil de revision afin qu'on sache le sexe de chacun. Cela doit être bien gênant pour des hommes d'aller toujours vêtus en femmes.

La malade est pendant des journées entières en tenue de gala, attendant ainsi son couronnement. Souvent des ambassadeurs impériaux viennent à cause d'elle. Elle est toujours très gracieuse, condescendante, souvent aussi érotique, parfois irritée et agitée, parce qu'elle est toujours à la recherche de sa haute famille et qu'elle ne peut pas arriver à savoir si elle appartient à la dynastie anglaise ou à celle d'Autriche. Qu'on lui apporte donc le *Heimgerten* où l'on peut lire tout son avenir. Cette incertitude est terrible pour elle.

La nouvelle que le kronprinz épousera une princesse belge ne lui fait nullement perdre contenance. Elle interprète tout d'une manière archi-folle. La princesse viendra à Salzbourg [*Salz* (sel), c'est-à-dire ce qui est amer; *Burg* (château), c'est l'asile des aliénés, séjour amer], ensuite à Schönbrunn [pensionnat de l'asile devant lequel se trouve une belle fontaine (*schöner Brunnen*)] ; la bénédiction nuptiale aura lieu à l'église de Saint-Augustin [chapelle qui est à côté de l'asile et où la malade se trouvait pour la dernière fois au mois d'août].

La malade est grande, bien taillée, sans aucun stigmate de dégénérescence anatomique, l'œil névropathique, le regard extatique. Les règles sont habituellement profuses, dysménorrhéiques. L'utérus est vierge, fortement antéverti. L'apparence de la malade est tout à fait celle d'une folle. Au cours de ces deux dernières années les idées délirantes n'ont pas changé. Elles deviennent plus rares et sont manifestées avec moins d'affectation.

II. — Paranoïa tardive (acquise).

L'explosion de cette forme ne se produit qu'après que le développement de la puberté est terminé ; souvent elle n'a lieu qu'à cinquante ans et chez les individus du sexe féminin elle est ordinairement en corrélation avec la ménopause. Mais la maladie peut éclater à des époques antérieures et c'est une preuve bien caractéristique de la gravité de la tare et combien minimes peuvent être dans ce cas les causes accidentelles. Le fond du délire de ces malades est formé par des idées de persécution et de grandeur.

Dans un grand nombre de cas, le tableau de la maladie se meut exclusivement ou presque exclusivement dans l'une ou dans l'autre forme du délire primordial; mais plus souvent, obéissant manifestement à une loi déterminée, un délire se développe sur l'autre en refoulant le délire originaire; alors il est de règle que le délire de persécution ouvre la marche. Dans le premier cas le tableau de la maladie se borne ordinairement à une idée de persécution (délire de persécution), ce qui n'exclut pas les manifestations épisodiques d'un délire des grandeurs complémentaire mais avorté.

On peut distinguer : des formes avec illusion primaire et prédominante que la personnalité a été frustrée (monomanie de la persécution, paranoïa persecutoria); des formes avec l'illusion primaire et prédominante que les intérêts de la personnalité sont augmentés (monomanie des grandeurs, paranoïa expansiva).

A. — Paranoïa persecutoria

1° *Forme typique de la paranoïa acquise.*

Les sujets atteints de ce processus morbide sont pour la plupart des individus qui dès leur enfance furent toujours étranges, silencieux, fuyant le monde, renfermés, très susceptibles, irritables, méfiants, souvent aussi portés à l'hypocondrie. Le tableau morbide débute par la monomanie de la persécution.

Le fond du délire de ce grand et important groupe de malades consiste dans l'illusion d'avoir été endommagé dans sa santé, sa vie, son honneur ou sa propriété par de prétendus ennemis. Le stade d'incubation est ordinairement très long et échappe presque toujours à l'observation.

Quand on peut l'observer, on trouve du côté somatique les symptômes cliniques d'une cause occasionnelle (catarrhe gastrique, maladie utérine, ménopause, neurasthénie à la suite d'excès de masturbation) ou les phénomènes d'une névrose hypocondriaque ou hystérique qui dans la plupart des cas est constitutionnelle. Du côté psychique les imaginations que nous venons de décrire arrivent à la perception et deviennent même des illusions. L'entourage paraît changé au malade et même suspect. Le monde extérieur apparaît en général changé et en rapports particuliers avec la personnalité du malade. Il lui semble qu'on lui en veut, que quelque chose se trame contre lui. Il se sent l'objet d'une attention importune et, comme il le dit, il devient attentif (monomanie de la surveillance). Il suppose que sa mise négligée, ses vices secrets qui se trahissent dans sa figure, ses anciennes fautes ou les délits qu'il a commis et qui probablement sont parvenus à la connaissance de certaines gens, sont les causes du changement d'attitude du monde extérieur à son égard. Des remarques insignifiantes et faites par hasard par son entourage, le fait de rencontrer plus souvent une même personne, le fait que quelqu'un se lève et quitte un local au moment où il y entre, que des passants se rangent devant lui ou s'arrêtent, qu'ils toussent, tout cela confirme ses soupçons et les consolide. Par moments il arrive à reconnaître qu'il s'est trompé, mais grâce à son naturel originairement alogique à son incertitude psychique et à son esprit préconçu, de nouvelles causes de soupçons s'accumulent. Le prêtre lui donne des coups d'épingle dans son sermon ; dans le journal et sur les affiches murales il découvre des allusions malveillantes à ses infirmités, à ses fautes d'antan, à ses liaisons intimes ; il est déshonoré dans l'opinion publique ; on le prend pour un fou, un méchant homme, un imbécile. Les gens se le montrent au doigt, le raillent, le tournent en ridicule, le regardent d'un œil de travers. Il détache certains mots de conversations inoffensives de son entourage et les rapporte à sa personne ; plus tard il croit y découvrir des remarques ironiques. Les gamins, dans les rues, sifflent des airs où on l'a chansonné ; l'absence de critique peut aller jusqu'au point que le malade croit reconnaître des railleries même dans le gazouillement des oiseaux. On cherche à le rendre suspect à son supérieur hiérarchique, on essaie de glisser parmi ses effets des papiers et des objets compromettants, de le faire le bouc émissaire des fautes d'autrui, etc.

Le malade est alarmé par suite des prétendues observations qu'il a faites ; il montre un naturel encore plus farouche, plus renfermé et plus irascible qu'auparavant ; de plus en plus il déserte le monde extérieur, réfléchissant en silence, s'abandonnant à de sombres idées d'inimitié, d'oppression ; parfois il reproche à des personnes de son entourage leur attitude hostile à son égard.

Le passage à l'acmé de la maladie peut être brusque quand un accès violent d'angoisse réveille dans la conscience toute une armée d'hallucinations et de délires préparés depuis longtemps. Mais plus souvent la transition n'est que successive; les produits de l'imagination prennent de plus en plus l'importance des illusions, les causes de soupçons s'accumulent jusqu'à ce qu'un incident de pur hasard transforme en certitude l'idée délirante qui était jusqu'ici latente et jusqu'à ce que des hallucinations se présentent. Un léger trouble somatique, une maladie fébrile, une catarrhe gastrique, une accentuation des malaises utérins ou climatériques, des excès onanistes, quelques nuits blanches amènent souvent la maladie à son apogée. Le malade acquiert tout d'un coup la certitude terrible d'avoir été empoisonné ; il entend des voix disant que sa vie est menacée. L'idée délirante produit un effet pour ainsi dire accablant. Ne contient-elle pas pour le malade la certitude pressentie et redoutée depuis si longtemps ? Il la met en système avec une rapidité surprenante ; il faut ajouter que des hallucinations de l'ouïe y contribuent. Selon ses opinions politiques ou sa position sociale le malade est la victime d'une bande de jésuites, de francs-maçons, de socialistes, de spirites, etc. ; ou bien il est persécuté par la police secrète, par son voisin, par tel ou tel rival ou camarade de la maison, etc. Il s'effraie violemment et c'en est fait de sa réflexion. Le délire de la persécution s'étend vite ; des imaginations, des illusions, des hallucinations, des idées délirantes faussent les événements du monde extérieur.

Les hallucinations y contribuent dans la plus grande mesure. Elles ne manquent que très rarement ou bien elles se bornent à des illusions. Les voix jouent le rôle le plus important. Elles viennent de près ou de loin ; parfois, quand la maladie est avancée, elles sortent aussi de certaines parties du corps. Plus tard même les pensées conscientes se transforment en hallucinations (les ennemis devinent les pensées, les espionnent, etc.). Les malades distinguent des voix de diverses origines et les désignent par différents noms [1].

Les voix, processus réactifs devenus résonnants dans la sphère inconsciente, révèlent les plans secrets des persécuteurs, communiquent les noms de ces derniers et, à cette occasion, souvent des liaisons de sons réunis sans aucun sens donnent les noms en question.

Après les voix, les illusions de la perception générale et cutanée jouent le rôle le plus important. Toutes les sensations physiologiques et pathologiques possibles sont éprouvées dans le sens de la persécution. Il y a des insectes, des serpents sur la peau, des animaux dans le ventre. Les persécuteurs détruisent la santé à l'aide de vapeurs empoisonnées, de poudres, de machines mystérieuses ; ils escamotent des organes, font des abus

[1] Une de mes malades distingue des « discours télégraphiques », c'est-à-dire des voix qui sont entendues de loin, confusément et indistinctement, et l' « ameublement », c'est-à-dire le fait de deviner les pensées. Tout ce qu'elle pense est immédiatement su par l'entourage ; l'enfant qu'elle porte depuis quatre ans dans son ventre lui parle déjà, lui aussi, dans le langage télégraphique.

sexuels scandaleux, le coït, etc. Les illusions du goût et de l'odorat sont plus rares. Elles ont dans la plupart des cas un caractère hostile. Le manger a le goût de l'arsenic, du chloroforme, des excréments, la boisson celui de l'urine. Tout sent la pourriture, les plumes roussies. Des sensations correspondantes confirment le malade dans sa conviction qu'il s'agit d'attentats contre sa santé et sa vie.

Les hallucinations visuelles sont les plus rares. Elles ne se présentent qu'épisodiquement, peuvent avoir un sujet tout à fait indifférent et ne sont pas exploitées pour le compte du délire. Ce n'est que dans des cas excessivement rares que le malade arrive à apercevoir même l'ombre de ses persécuteurs.

Des états émotifs se produisent comme réaction des phénomènes morbides et hostiles qui se passent dans la conscience du malade. Ils peuvent être très vifs, mais, abstraction faite des accès d'angoisse se produisant parfois comme phénomènes spontanés, ce sont des émotions secondaires et qui constituent une réaction naturelle, pour ainsi dire physiologique, correspondant au changement du moi et de ses rapports avec le monde extérieur, changement qui a été causé principalement par les idées délirantes.

Dans ce mode d'origine primaire, non émotive, et ne résultant pas de la baisse ni du relèvement de la confiance en soi-même, réside la différence décisive qui existe entre les idées délirantes des paranoïques et la mélancolie ou la manie avec idées délirantes (vésanie, selon certains auteurs).

Les idées délirantes peuvent être, dans les deux cas, les mêmes, mais elles sont motivées d'une manière différente. Le paranoïque ne sait pas comment il est arrivé à la situation de persécuté ; il ne l'a pas mérité ; ce n'est que peu à peu qu'il parvient logiquement à conclure qu'il est victime d'une conspiration ou de quelque chose de semblable. Le mélancolique ne sait que trop bien pourquoi il est persécuté, car, se dit-il, il est un mauvais sujet. Ses idées délirantes sont des produits secondaires de phénomènes émotifs. Elles sont basées sur une confiance en soi-même très abaissée et y ont leurs racines (micromanie, manie du péché)[1].

Schüle dit d'une façon très significative que l'idée délirante agit chez le paranoïque comme témoin à décharge, et chez le mélancolique qui veut expliquer sa situation comme un témoin à charge.

Les actes aussi de celui qui souffre du délire de la persécution ne sont que la réaction essentielle, naturelle, logique, d'une conscience qui se croit menacée dans son existence.

Quant à l'attitude des malades vis-à-vis de leur idée délirante, on peut distinguer deux stades remarquables de passivité et d'activité.

Les malades se comportent d'abord d'une manière passive ; ils prennent la défensive contre le monde extérieur qui dans leur imagination a changé. Ils l'évitent, ferment les fenêtres et les portes, bouchent les trous des serrures, changent sans cesse de logement ; ils font leur cuisine eux-mêmes

[1] Pour le diagnostic différentiel de la mélancolie, comparez : Fritsch, *Jahrb. f. Psych.*, 1879, fasc. 2, p. 138, et Koch, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 36, fasc. 5.

ou ne vivent que d'œufs crus, etc., se munissent d'antidotes, se réfugient dans des pays éloignés, changent de nom pour se mettre à l'abri de leurs persécuteurs.

Quand leur état de plus en plus pénible devient insupportable, ils sortent de leur rôle passif, mais avant de devenir un danger public, ils donnent ordinairement des signes d'alarme annonçant l'orage imminent, signes qui malheureusement passent trop souvent inaperçus.

Ils profèrent des menaces contre leurs prétendus persécuteurs, invoquent aussi parfois les tribunaux pour être protégés jusqu'à ce que, après l'échec de leurs démarches, ils arrivent à cette triste conviction qu'ils ne peuvent compter que sur eux-mêmes et qu'ils se trouvent en cas de légitime défense.

Dans ce stade le malade est excessivement dangereux. Des hallucinations, des illusions émotives, souvent une mine qu'il croit suspecte, un chuchotement, un geste suspect lui signalent un danger imminent et le mènent à des meurtres qui portent le cachet d'une sorte de défense légitime.

Les malades de ce groupe n'assassinent jamais en secret ; c'est en plein jour, plutôt devant des témoins qu'ils égorgent leur victime. Ils ne cachent point leurs motifs, ils se réjouissent et se vantent du succès de leur acte.

Parfois il arrive aussi qu'ils commettent un attentat contre un personnage tout à fait indifférent, qu'ils commettent un délit quelconque, rien que pour avoir l'occasion de faire des révélations devant les tribunaux et montrer de quelle manière scélérate ils sont persécutés et montrer que les autorités les ont laissés sans protection. Parfois ils vont aussi jusqu'au suicide pour mettre une fin à ce tourment de la persécution devenu insupportable.

L'état du malade passe directement à un stade de faiblesse psychique terminal ou bien il se produit auparavant une transformation du délire.

Les malades persécutés et opprimés jusque-là deviennent des princes, des empereurs, des prophètes, Dieu, le Messie, Souverains de l'univers, reine du Ciel.

Cette intéressante métamorphose de la personnalité se rencontre au moins dans un tiers des cas et autant que je puis en juger d'après mes observations personnelles, elle se produit exclusivement dans les cas héréditaires.

Il est hors de doute que le processus suit une loi déterminée, mais pour le moment on n'en peut pas encore indiquer nettement les causes.

Dans un certain nombre de cas on peut observer que ce délire des grandeurs, délire de compensation, se développe d'une manière psychologique, consciente, parce que le malheureux malade cherche une fiche de consolation dans des châteaux d'Espagne ou dans la religion. Il faut aussi convenir qu'un malade qui se croit l'objet de l'observation de tout le monde, arrive facilement à l'idée qu'il y a quelque chose de particulier en sa personne, de sorte que dans le délire d'observation se trouve psychologiquement un élément du futur délire des grandeurs. Mais ces essais d'explication psychologique ne peuvent pas donner satisfaction complète.

Bien des choses semblent indiquer que la transformation ne manque pas de base organique et qu'elle se fait directement, hors du mécanisme nerveux, d'une manière essentiellement inconsciente, intuitive.

La transformation peut se produire brusquement, tout d'un coup : il y a souvent au fond des erreurs de sensation (courant magnétique traversant le corps — changements d'états moléculaires dans l'organe central ?) ou bien aussi des états de conscience dans lesquels le malade se sent mort et d'où il se réveille brusquement à une nouvelle vie et en même temps transformé. Dans d'autres cas la transformation s'opère dans un état ayant le caractère de la stupeur ou de l'extase, pendant une demi-somnolence ayant le caractère d'un rêve, au cours d'un délire hystérique. Plus souvent la transformation se fait lentement, après un stade d'incubation analogue à celui qui prélude à la période du délire de persécution.

Le malade s'aperçoit que les gens le regardent d'une manière significative; un haut personnage a fait arrêter devant lui sa voiture dans la rue; dans les journaux il y a des allusions à sa haute naissance; les passants et les gens de sa maison le croisent d'un air respectueux, il s'aperçoit par leurs propos qu'il est un grand seigneur et qu'une grande fortune se trouve déposée pour son compte.

L'activité inconsciente de l'âme continue à broder sur ce fil. L'illusion se manifeste tout d'abord dans les images des rêves; on montre au malade sa lettre de noblesse et il mélange à ses rêves des réminiscences de romans qu'il a lus ou de délires qu'il a traversés.

Enfin l'illusion entre dans la conscience comme un fait acquis, directement, par des hallucinations qui annoncent pour lui la paternité d'un prince régnant ou qu'il est le fils de Dieu.

On trouve une liaison logique avec le délire de persécution qui subsiste. Le malade sait maintenant pourquoi ses ennemis avaient intérêt à l'éloigner, puisqu'il est prétendant à la couronne; ou bien il considère toutes les persécutions précédentes comme une période d'épreuves, d'épuration, qui était nécessaire pour sa vocation de Messie. Dans le délire des grandeurs prédominant on rencontre encore épisodiquement au cours de la maladie des délires de persécution. Les deux formes de délire alternent, vont de pair, côte à côte, ou sont parfois tout à fait mis à part. Enfin ici encore il se produit un stade de débilité terminale.

Au point de vue diagnostique il faut retenir comme caractéristique et comme tout à fait différent d'une vésanie secondaire développée à la suite d'une manie, le mélange du délire des grandeurs et du délire de la persécution, l'intelligence assez bien conservée, la fixité de l'état, la nature romanesque des idées délirantes.

Comparativement aux autres délires des grandeurs tels qu'on en rencontre dans la paralysie et qui ne sont pas moins romanesques, il faut noter comme signe différentiel le caractère fixe et méthodique des idées délirantes des paranoïques.

La thérapeutique de cette forme de paranoïa ne reste pas tout à fait sans succès symptomatologiquement. Dans les états d'excitation sexuelle

et contre les phénomènes paralgiques, hallucinatoires et délirants qui en résultent, les sels de brome à grosses doses sont utiles.

Les injections sous-cutanées de morphine aident à produire l'effet utile ; elles calment considérablement les souffrances des malades, surtout les sensations paralgiques et les idées délirantes, et aussi la forme de paranoïa formée en majeure partie d'hallucinations (fréquente à la ménopause).

Aux stades avancés de la maladie l'asile d'aliénés avec son appareil psychique, le dérivatif qu'il procure par l'occupation, est un moyen important pour préserver les malades et les empêcher de s'absorber complètement dans leurs rêveries; mais il est en même temps un refuge où ils sont à l'abri des railleries du monde extérieur et où ils ont l'occasion de faire valoir leurs talents intellectuels restés souvent encore très précieux.

Observation XXXIV. — *Forme typique de la paranoïa acquise. Explosion à la ménopause.* — Schmelz Anna, quarante-sept ans, non mariée, dame de compagnie, a été reçue le 23 avril 1882. Le père était ivrogne, plusieurs sœurs et frères de la malade sont morts de convulsions. Toute la famille passe pour être prédisposée à l'hypocondrie, pour exaltée et irritable.

La malade était une enfant maladive, bien douée intellectuellement, de tout temps émotive, facile à épouvanter, ayant un penchant à la solitude et à la méfiance. A l'âge de dix ans, maladie grave avec symptômes cérébraux. A l'âge de quinze ans, règles avec beaucoup de malaises. Depuis, les règles sont toujours accompagnées de maux de ventre, de douleurs de tête.

Depuis l'âge de quatorze ans, la malade a été obligée de gagner son pain; de plus, elle travailla et se sacrifia pour ses sœurs et ses frères, la mère étant morte très tôt. La malade prétend avoir été bien portante jusqu'en 1876 et avoir gagné largement sa vie jusqu'à cette époque. Elle prétend n'avoir jamais eu aucun rapport sexuel. En 1876, elle arriva à la ménopause (règles irrégulières, profuses, migraines, fluxions, sensations de chaleur dans la tête, tintements d'oreilles, sentiments d'angoisse commençant à apparaître, lassitude générale). Elle accepta alors une place de garde-malade chez une femme atteinte d'une maladie très grave et qui mourut peu de temps après. La mort de cette femme l'a vivement affectée. La mourante lui aurait promis de lui léguer sa fortune si elle restait à son service. La malade s'est bientôt aperçue que Mme E... et elle étaient entourées d'ennemis. Les gens de la maison étaient étranges, peu aimables; un prêtre cherchait sans cesse à s'insinuer près de la mourante. La cuisinière et un artisan de la maison l'aidaient dans ses tentatives. La cuisinière voulait préparer tout seule ; les confitures qu'on était allé chercher chez le pâtissier arrivèrent la boîte ouverte ; probablement on avait mis du poison en route. La bière et le vin avaient mauvais goût, au point qu'elle s'en sentait toute malade quand elle en buvait. Quand Mme E... in extremis, envoya chercher le médecin, le prêtre, accompagné de quelques complices, vint dans la maison et força Mme E. à léguer tout à l'Eglise. La malade survint et surprit toute cette jolie compagnie.

Après avoir fait son testament, Mme E... mourut subitement, sans doute d'une mort non naturelle et terrible. La malade sentait qu'elle avait reçu aussi sa part de bière empoisonnée ; du moins elle se sentait tout à fait misérable et à moitié paralysée de la jambe gauche. Elle rentra toute malade et très agitée chez sa sœur, et dans cet état elle se brouilla avec cette dernière qu'elle soupçonna aussi d'être en intelligence avec ses ennemis. Elle se plaça comme garde d'enfants dans un pays

étranger. Les règles ne revenaient plus. Elle souffrit encore jusqu'en 1878 de migraines, de sensations de brûlure à l'occiput, de sensations de chaleur, de tension dans le corps, de battements de cœur, de douleurs dans le dos, d'odeurs asphyxiantes, mais ne s'apercevait plus de persécutions, sans cependant corriger son idée délirante.

En 1879, elle se sentit de nouveau souffrante (chaud et froid alternatifs, sensation d'avoir la tête et le corps enflés). Elle redevint anxieuse, méfiante. On cogne la nuit aux carreaux de sa fenêtre, elle voit un homme sans chapeau dans un bosquet et en est très épouvantée. Elle sent des ennemis invisibles, elle est poursuivie comme témoin du crime commis sur Mme E..., par le prêtre, qui était un jésuite, de même que par tout l'ordre de la Société de Jésus. Sa sœur l'invite à venir chez elle. Elle se rend à cette invitation le 13 novembre 1881.

A son entrée son beau-frère pâlit. La lettre d'invitation n'était qu'un piège pour l'attirer et pour se débarrasser d'elle ensuite. Son beau-frère est un complice des jésuites. Sa sœur et les enfants de celle-ci tombent malades par hasard. Elle en conclut qu'on veut se débarrasser aussi de ces derniers comme de la malheureuse Mme E... L'enfant sent le phosphore, l'haleine de sa sœur a une odeur pestilentielle, les closets puent d'une manière terrible, ils sont aussi empoisonnés. Dans toute la maison il y a une vapeur étouffante ; au fond de sa chambre il y a une porte mystérieuse, des êtres noirs passent en glissant près de la fenêtre, entrent invisibles dans la chambre en dépit de la porte fermée et déballent des instruments de torture. Des chiens hurlent toute la nuit. La malade ne dort plus ; la peur l'empêche de dormir. Le 20 avril, elle se réfugie chez une parente à Gratz. En route le train est enfrêné d'une manière étrange. En face d'elle, dans le wagon, est assis un homme aux yeux terribles qui la fixe sans cesse : c'est évidemment un jésuite. Il parle avec le conducteur et alors le train ralentit sa marche. Elle perd les sens de peur.

Arrivée à Gratz, elle prie en pleurant ses parents de la protéger elle et sa sœur. On la ramène à P... et on la rassure. A P..., elle fait de nouvelles constatations graves. Elle trouve un manche de parapluie qui représente une main tenant une boule noire. Ce manche a été perdu par le jésuite ; la boule est une pilule de poison avec laquelle il veut l'empoisonner. Pendant la nuit il rôde et cherche à s'emparer d'elle. Prise d'une angoisse de mort, elle se réfugie de nouveau à Gratz (le 22 avril). Dans le coupé, voilà de nouveau le jésuite qui l'observe sans cesse, tenant d'une main une valise évidemment remplie d'instruments de torture. A Gratz elle descend au couvent des Frères de la Miséricorde ; évidemment il en veut au Prieur de ce couvent de même la sœur aussi peut s'attendre à une mort lente et horrible.

La malade va de tout cœur à l'hôpital, puisque là elle se sent pour le moment en sécurité.

Elle est de taille moyenne, sans stigmates de dégénérescence, anémique, sans maladies des organes végétatifs. L'examen de l'utérus donne un résultat négatif. La malade se plaint de douleurs vagues, de sensations et de paralysie, d'être enflée, de maux de tête, sans constatations objectives. Dès le lendemain elle aperçoit à l'hôpital aussi des choses louches, devient anxieuse, méfiante. Elle se doute que les jésuites guettent devant la porte, conçoit le soupçon que le personnel des gardes-malades a été corrompu par eux ; elle craint un guet-apens de nuit.

Des malaises digestifs qu'elle a par moment lui font découvrir qu'on l'empoisonne avec de l'arsenic et du plomb. Comme récemment elle mangeait des légumes, elle sentit un abasourdissement et un tremblement dans tout le corps. Ces malaises paralgiques sont aussi interprétés dans le sens de la persécution des jésuites à l'aide du poison. Ceux-ci sont hostiles à la famille impériale ; ils ont assassiné

l'empereur Joseph II. De mauvaises odeurs qu'elle sent de temps en temps sont aussi rapportées à la persécution. Les incidents les plus anodins, même le cri du coucou et le coassement des grenouilles dans le parc ont une corrélation avec la persécution.

Le Dr L... lui montra l'autre jour la muselière de son chien ; cela signifie qu'il lui est défendu de parler et qu'on va lui bâillonner la bouche. Une malade de l'hôpital salue son mari qui part en agitant son mouchoir et son ombrelle. Elle fait signe aux jésuites. Cette femme lui demande un jour d'où elle est : évidemment elle veut dresser une liste des malades et la liver aux jésuites. La garde-malade gratte un jour le mur, la malade interprète ce fait comme un signal pour relâcher le grillage afin que les jésuites puissent plus facilement s'introduire par la fenêtre. Les visiteurs accidentels qui viennent dans cette section de l'hôpital sont pris par elle pour des affiliés des jésuites et de son beau-frère, car un des visiteurs avait une canne qui ressemblait à celle de son beau-frère, et il la tenait derrière le dos afin qu'elle ne la reconnut pas. Tout lui rappelle et est fait pour lui rappeler que la puissance de ses ennemis s'étend même dans cet endroit. Ses lettres ont été interceptées par le cabinet noir à Vienne, soumises à une censure et ensuite distribuées de sorte que tout le monde connaît maintenant ses secrets.

La nuit on lance des pierres contre sa fenêtre, elle entend parler à voix basse, elle entend un bruissement suspect. Les hallucinations de l'ouïe ne peuvent pas être établies avec certitude, mais bien des hallucinations olfactives et des illusions de l'ouïe et de la vue. Le délire est habituellement un délire primordial et né de faux jugements, de fictions rattachées à des événements réels.

La malade vit dans une angoisse et une agitation perpétuelles, n'ose guère s'endormir. La morphine et le bromure de potassium la calment, mais sont bientôt refusés, la malade étant devenue méfiante aussi contre les médecins. Le 12 juin 1882, la malade, jugée inguérissable, a été conduite à l'asile de son pays.

Observation XXXV. — *Paranoïa acquise. Folie épisodique.* — Harll, vingt ans, a été amené à la clinique psychiatrique le 16 décembre 1886 à cause de « folie religieuse. » L'anamnèse ne peut s'appuyer que sur les renseignements du malade lui-même. Il n'a pas connu ses parents, il n'a jamais été adonné à l'abus des boissons.

Depuis quelques jours il est peureux, sans sommeil, fait sans cesse ses prières, invoque les saints, rit, pleure à tort et à travers, et se livre à l'occasion à des actes de violence. Il se démène, est bouleversé, confus, et présente une obnubilation grave de l'intelligence. Il entend des voix en quantité, entre autres celles de son patron qui passe le doigt à travers un trou (l'enfer). Des gens disent qu'ils doivent inscrire dans leurs notes tout ce qu'il pense. Cela se fait afin de savoir s'il est fou. Il voit des diables, des sorciers, une couronne de myrthes dans la fenêtre, en face une hostie : il doit choisir entre les deux. Le diable lui apparaît pour le détourner de l'hostie.

Il raconte la lutte terrible mais victorieuse qu'il a soutenue contre deux diables. L'un aurait brisé la lampe qui signifie sa lumière ; les débris se seraient roulés de frisson ; mais les diables n'ont pas eu de pouvoir sur la seconde lumière, celle de son amour. En venant ici en voiture les filles de son patron lui seraient apparues sous une forme métamorphosée. Il a vu Dieu le Père sur une statue comme un squelette, la Madone à ses côtés, la chair pourrie et la figure contorsionnée. Le malade refuse de faire d'autres communications, car Dieu le lui a défendu. Une grande honte s'est appesantie sur lui ; il a plongé son poignard dans le cœur de sa mère. Le malade reste peureux, confus, préoccupé, halluciné. A l'occasion il écrase de ses pieds un vase de nuit, parce qu'il doit écraser la tête du serpent.

Il n'a pas de fièvre, vigoureusement bâti, très amaigri, anémique ; organes végéta-

tifs indemnes. Le crâne est normal. Le sommeil est supprimé. La nourriture et les médicaments sont refusés comme étant du poison. A l'occasion il devient agressif contre les personnes de son entourage qu'il prend pour des diables.

A partir du 19 le malade devient plus calme, commence à dormir et à manger. Le 22 il devient lucide, se souvient des événements délirants qu'il a traversés, reconnaît que tout cela était de la maladie. Evidemment il est fou parce qu'il y a plusieurs années il a été mordu par un chien. Depuis quelques semaines il s'était senti de plus en plus las, il n'a presque plus pu dormir et le travail ne marchait pas non plus. Sa tête a toujours été prise. De plus il avait de nombreuses pollutions. Masturbation depuis la jeunesse.

Les jours suivants le malade reste lucide, reconnaissant sa maladie et exempt d'hallucinations, il est vrai; mais son attitude paraît étrange. Il est plongé dans ses pensées, se sépare des autres, sourie souvent devant lui, de sorte que le soupçon que derrière la vésanie aiguë il y a une autre psychose (paranoïa) se prononce de plus en plus et a donné lieu à une nouvelle observation. Sur de nouvelles instances le malade raconte que dès le mois de juillet l'attitude des gens à son égard lui a paru tout à fait énigmatique et changée. On le regardait d'une manière étrange, le patron l'a traité avec trop d'amabilité. Il y a longtemps déjà qu'il était tombé amoureux d'une des filles du patron. Un jour il entendit celle-ci dire : « Peut-être bien qu'il est son fils! » Quand la seconde fille du patron se mit à pleurer, il en conclut tout de suite que cette supposition était exacte et que jamais un mariage entre frère et sœur ne pourrait avoir lieu. Il en était très malheureux, car il aimait sincèrement la jeune fille. Par moment il lui venait des doutes qui le calmaient, mais les gens continuaient à l'observer; il les entendait dire : « Le patron l'a procréé à Vienne, il y a plusieurs années; aussi il lui ressemble. » Alors il songea à en avoir le cœur net en demandant la main de la jeune fille. Si elle est réellement sa sœur, le patron ne la lui donnera pas pour femme.

Au milieu de ces doutes, la confusion l'a pris.

Le malade continue à considérer cet épisode de folie comme un état intellectuel morbide; les délires et les événements de cet état ne sont pas du tout utilisés au cours de la paranoïa qui existe déjà depuis plusieurs mois et qui prend maintenant un nouvel essor.

Le malade s'aperçoit à ce sujet qu'ici-même, à l'hôpital, tous « spéculent sur lui » et épient ses idées. Les autres malades lui montrent les coudes pendant la nuit. Ils changent de physionomies, de noms, se transforment en d'autres figures. Du plafond il entend sortir sans cesse des voix en partie désagréables. Il entend aussi des voix qui sortent des autres malades. Ils savent ses pensées, y répondent, discutent entre autres le secret de son origine. Le malade est méfiant, morose, se tient à l'écart des autres, est inquiété par l'immixtion de son entourage dans ses idées et ses affaires, et parfois irrité au point de proférer des menaces. A l'occasion il se plaint de malaises neurasthéniques (pression à la tête, lassitude) et les motive d'une manière hypocondriaque par le fait qu'il a trop peu de sang. Des malaises dyspeptiques après les repas sont interprétés par lui dans le sens d'un empoisonnement.

Au commencement du mois d'avril, des signes de transformation se montrent : il devient un personnage distingué. Il devient gai, a un certain aplomb, fait le salut militaire parce qu'il est devenu un militaire de haut rang. Au cours du mois d'avril il a été conduit à l'asile de son pays pour y être soigné à perpétuité.

Subdivisions de la paranoïa persecutoria typique. — Le tableau morbide de la forme typique présente des variétés cliniques remarquables, c'est-à dire

que les délires et les hallucinations prennent une coloration et une nature particulières par suite de l'importance des éléments étiologiques. Il en est de même pour les cas qui se développent sur la base des névroses constitutionnelles ou sous l'influence des maladies organiques, en tant que les processus somatiques de la sphère inconsciente de l'esprit provoquent des délires d'une nature particulière, ou que des sensations amenées par ces phénomènes somatiques sont appliquées par l'intelligence paranoïque avec une interprétation directement fausse.

Les types de paranoïa névrotique produits de cette manière seront analysés dans les chapitres des névroses correspondantes. Il reste à étudier :

Paranoïa sexualis avec ses types cliniques. — La base de ces formes est une maladie génitale fonctionnelle ou organique devenant la cause de la maladie psychique. Chez l'homme c'est presque exclusivement l'abus des organes génitaux par la masturbation, plus rarement l'abstinence forcée malgré un grand libido, et plus rarement l'uréthrite blennorrhagique chronique, c'est-à-dire la neurasthénie sexuelle et plus tard universelle produite par celle-ci, qui agissent comme éléments étiologiques. Nous parlerons plus tard de cette paranoïa neurasthénique (masturbatoria).

Chez la femme existent les mêmes causes que chez l'homme, ou bien il s'agit d'autres maladies génitales qui agissent d'une manière irritative sur le système nerveux et qui deviennent efficaces par l'intermédiaire d'une neurasthénie. Le tableau morbide qui se produit par l'interprétation alogique et consciemment allégorique des malaises génitaux locaux ou neurasthéniques généraux, correspond complètement à celui qu'on rencontre chez l'homme. Là encore il y a des pollutions (faussement interprétées comme tentatives de viol), des hallucinations olfactives, de la manie de la persécution physique, etc. Mais il y a aussi des cas de paranoïa sexuelle chez la femme (particulièrement fréquente à la ménopause) dans lesquels la maladie génitale fait éclater directement, sans aucun intermédiaire spinal irritatif, des délires et des hallucinations dans le sens d'une persécution sexuelle. Ces malades s'aperçoivent que des hommes les poursuivent de leurs assiduités en les prenant pour des prostituées. On a répandu ces bruits sur elles évidemment dans une intention méchante. De là le prétendu mépris de la part de la famille, des amis, des patrons, etc.

Avec la marche de la maladie, les malades entendent qu'on frappe la nuit aux volets de leurs fenêtres et qu'on leur fait des propositions immorales. Même au sermon du prêtre, à l'office, elles croient entendre de ces obscénités. Plus tard même des hallucinations de l'ouie se développent (être une drôlesse, syphilitique, infanticide, avoir provoqué un avortement). De fausses perceptions de ce genre sont ensuite amplifiées par combinaison : par exemple, on veut attirer la malade dans un bordel. Profonde dépression réactive, à l'occasion suicide même, manie de la gravidité, toutes sortes d'efforts pour défendre l'honneur sexuel menacé (tampons dans le vagin, etc.). Ce délire de persécution ne peut se transformer en un délire érotique expansif. Dans ces états de paranoïa sexuelle

féminine il y a souvent des éléments hystériques qui trouvent leur utilisation paranoïque. Alors des transitions cliniques vers le paranoïa hystérique se produisent.

Observation XXXVI. — *Paranoïa sexuelle.* — Semlisch Marie, trente-cinq ans, non mariée, servante, a été reçue le 8 avril 1880 à la clinique psychiatrique de Gratz. Elle venait d'elle-même pour être reçue, cherchant protection contre ses « souffrances ». La malade est issue d'un père ivrogne ; elle n'a jamais été gravement malade; fut menstruée pour la première fois à l'âge de quinze ans ; avait de grands besoins sexuels ; a eu beaucoup d'amants ; elle a accouché sept fois sans difficultés, la dernière fois en 1873. Depuis elle a eu souvent des indispositions intestinales, des règles irrégulières. Depuis 1877 elle renonça à tout rapport sexuel. Il y a trois ans, étant avec ses maîtres en voyage, elle commença à entendre des voix. C'était toujours la même voix virile. La malade l'entendait comme si elle lui parvenait à travers un tube acoustique. On lui disait qu'elle avait tué ses enfants, qu'elle était une prostituée, atteinte d'une maladie honteuse, une voleuse qu'on devrait fouetter et qui mériterait d'être jetée à l'eau. Toute sa vie, toutes ses liaisons d'amour étaient critiquées; elle fut consternée et supposa que son ancien confesseur avait divulgué tous les secrets de la confession. Elle remarqua alors combien elle était méprisée de tout le monde; les gens crachaient devant elle. Elle quitta son service, en essaya un autre; partout même persécution par les voix, même mépris des gens.

La malade était très fatiguée et souffrait de cette persécution. A la voix d'homme se joignirent plus tard des voix féminines, toutes ayant le même sujet sexuel et persécutoire. On ne la laissait pas tranquille, même la nuit ; on connaissait ses affaires les plus secrètes. En 1878 elle s'aperçut que ses persécuteurs connaissaient même ses pensées, car on répondait à ce qu'elle pensait à un moment donné. Toutes ses pensées, désirs et actes, étaient critiqués et tournés en ridicule. Ce n'était plus tenable. On lui disait aussi qu'elle était malade de la tête, mais elle croyait que c'était de la persécution et non pas une maladie. On l'injuriait en l'appelant prostituée, torchon, infanticide. Elle était souvent exténuée de souffrance. Dans les derniers mois elle était aussi tourmentée par des odeurs puantes qui passagèrement l'avaient aussi tourmentée au début de la persécution. Pour échapper aux tracasseries de ses persécuteurs inconnus, la malade erra pendant les derniers mois, sans but, dans le pays, jusqu'à ce que, dénuée de tout, elle vint chercher aide et protection à l'hôpital de Gratz.

Elle a un crâne rhombocéphale; elle a un aspect névropathique. Ce qui est à remarquer, c'est le type de race chez cette femme d'origine prolétairienne, ses traits fins, sa peau douce et fine, son œil vague et nerveux.

L'utérus a le volume d'une pomme; difficilement mobile, il est fixé des deux côtés par des adhérences. La partie vaginale est grosse, irrégulière et sensible à la pression.

La malade ne présente aucun phénomène de neurasthénie, ni d'hystérie, mais des sensations dans la région du plexus honteux et sacré. Elle les compare à des vers qui entrent dans le bassin et qui sortent par le derrière. Pendant quelques jours la malade n'entend plus ses voix et se croit à l'abri de ses persécuteurs. Puis les voix reviennent et avec elles les anciennes souffrances. Le bromure de potassium et les injections de morphine produisent un effet calmant pour les voix. Avec le temps les voix sortent aussi du ventre de la malade. Cela fait des rumeurs là dedans, comme s'il y avait un chat. On lui reproche toutes les obscénités et toutes les vilenies possibles. Comme la maladie reste stationnaire pendant des mois entiers, la malade est envoyée dans un asile.

Une variété remarquable de la paranoïa persecutoria sexualis est représentée par la monomanie de la jalousie chez les femmes paranoïques.

D'accord avec Kräpelin j'ai trouvé cette idée délirante en majeure partie à la ménopause et avec une origine combinatoire. Un court stade d'incubation, de dépression morale irritable basée sur le sentiment qu'on est négligée par l'homme et qu'on peut ramener en partie aussi à la constatation de voir se faner les charmes physiques, prélude à la formation de l'idée délirante avec les symptômes d'une méfiance toujours croissante.

Le soupçon de l'infidélité conjugale du mari est confirmé par des incidents insignifiants du monde extérieur (le mari adresse la parole à une voisine, il tarde à rentrer le soir, des propos tout à fait insignifiants de l'entourage, etc.). Le soupçon devient de la certitude, car l'épouse outragée surprend son mari la nuit à des rendez-vous de femmes. Son impudence va jusqu'à admettre des maîtresses dans la chambre conjugale. On frappe à la fenêtre; le frou-frou des robes dans les corridors et dans les chambres sont des preuves irrécusables. En toussant, l'infidèle fait signe à sa maîtresse. Finalement, la malade entend la nuit des femmes se glisser même dans le lit conjugal auprès de son mari. Fait curieux, elle ne voit pas les concubines, mais elle les sent (réveil des sensations voluptueuses par des images mentales sur ce sujet, sensations qui mènent jusqu'aux pollutions) aussitôt que son mari fait le coït avec ces femmes. L'entourage plaint la femme trompée, la raille pour cette raison. La paix du ménage est rompue. Suivant son caractère la malade devient martyre ou furie. Elle craint pour sa vie, s'attend aux pires choses de la part de son mari. Souvent par défense légitime imaginaire elle commet des actes de violence contre son mari et même des tentatives d'empoisonnement. Selon les circonstances il y a aussi des attentats sur les parties génitales du mari, acte inspiré par la vengeance.

Observation XXXVII. — *Paranoïa sexuelle* (*Manie de la jalousie*). — W., femme d'un fonctionnaire, quarante-trois ans, reçue le 21 décembre 1880, est issue d'une mère imbécile, psychopathe, dont la mère était aliénée. La malade était dès son enfance névropathe, souffrait souvent de migraines, avait passagèrement des hallucinations de la vue. Elle se maria à l'âge de vingt-trois ans, accoucha à l'âge de vingt-cinq ans, avorta à l'âge de vingt-six ans. A la suite de cet accident elle eut de la métrite chronique. Depuis elle est irritable, querelleuse, jalouse de son mari sans aucun motif. Au commencement de 1880, la malade arriva à la ménopause (règles minimes, irrégulières, sommeil agité, sentiments de vertige et d'ébullition dans la tête). Elle devenait très irascible, se brouillait sans cesse avec son entourage, accusait son mari d'avoir une liaison d'amour avec une vieille femme maladive, devenait excessivement agitée, tempêtait et rageait littéralement contre lui et contre diverses voisines qu'elle impliquait dans son délire de jalousie. Des hallucinations de l'ouïe et de la vue la confirmaient dans son idée délirante.

Elle entendait la nuit des chuchotements dans la chambre à coucher de son mari, des souffles, des gémissements, elle devint alors très agitée sexuellement ; elle avait des pollutions et conçut la conviction que son mari faisait le coït avec d'autres femmes. Peu à peu des pollutions se produisirent pendant la journée et la malade en arriva à la même conclusion. Souvent aussi elle avait des hallucinations olfac-

tives (odeurs puantes). Agitation croissante, scandales publics, menaces contre son mari et contre ses prétendues rivales; elle se comportait en véritable furie; tout cela imposait la nécessité de l'interner dans un asile. Ces temps derniers le délire de la persécution élargit son cadre. La malade s'imagina non seulement qu'elle était trompée sexuellement, mais qu'elle était aussi menacée dans sa vie, que son mari ourdissait un complot avec sa maîtresse pour se débarrasser d'elle par le poison. Elle s'apercevait qu'on la regardait d'un air goguenard, qu'on se moquait d'elle.

A l'asile la malade prit tout d'abord le rôle d'épouse offensée et persécutée. Elle implora, pour obtenir sa mise en liberté, la protection des autorités, l'arrestation de son mari, maintenant en tous points sa manie de la jalousie et de la persécution. Au cours de l'année 1881, ce délire fut relégué au second plan et à sa place apparut le tableau d'une nymphomanie chronique.

Elle devint coquette, aimant la toilette, érotique, insinuante envers les médecins; elle accusait ces derniers (à cause des pollutions) de se livrer sur elle nuitamment à des scènes de débauche, après l'avoir endormie par le chloroforme; elle poursuivait à l'occasion les médecins de ses propositions de coucher avec elle; elle les prenait pour des princes et demandait impétueusement l'enlacement des hommes. La malade présentait les années suivantes : une nymphomanie chronique avec phénomènes de débilité psychique de plus en plus avancée.

La manie de la jalousie chez l'homme appartient en majeure partie à l'alcoolisme. En dehors de l'alcoolisme, je l'ai rencontrée occasionnellement chez des hommes disposés de tout temps à la jalousie, intellectuellement bornés, d'une puissance sexuelle minime, mais en même temps, selon les circonstances, libidineux, tout en n'éprouvant aucune satisfaction dans l'acte sexuel.

Cette dernière circonstance, qu'elle soit amenée par la frigiditas uxoris ou par l'absence du sentiment de la volupté chez l'homme, joue dans tous les cas le rôle principal dans le développement de l'idée délirante. Cette dernière naît tout d'abord par voie de combinaison : l'apparition accidentelle ou fréquente d'hommes dans la maison vise la femme; la petite toux de cette dernière est le signal pour l'amant qui se trouve caché tout près. Chaque bruit pendant la nuit est interprété dans le même sens. Les époux s'emportent de plus en plus l'un contre l'autre. Traitement brutal de l'épouse, allant jusqu'aux voies de fait. Des illusions de l'ouïe et parfois aussi de la vue fortifient la manie. Les gens, dans la rue, ont un air moqueur, font des gestes qui indiquent les cornes sur le front. Les enfants sont détournés du père par leur mère. Ils ne lui ressemblent pas; par conséquent, ce ne sont pas ses enfants. Avec les progrès de la maladie, il se produit souvent un délire de persécution : l'idée d'être volé par la femme infidèle qui porte de l'argent à ses amants, d'être empoisonné. Souvent il y a des actes de violence grave contre la femme et les prétendus rivaux.

Observation XXXVIII. *Paranoïa sexualis. (Manie de la jalousie chez un homme.)* — P..., quarante-sept ans, reçu le 29 novembre 1873, petit employé; on le dit exempt de toute tare; homme rangé, sobre et d'esprit borné, ayant eu de tout temps de grands besoins sexuels, père de plusieurs enfants, jusque-là vivant en bonne intelligence avec sa femme; a reçu en 1877 un grave trauma capitis, ayant été assailli, renversé sur le pavé et frappé à la tête avec une canne plombée. Outre plusieurs bles-

sures légères, il en reçut une grave avec contusion de l'os temporal; il resta longtemps sans connaissance et pendant plusieurs semaines au lit.

Arrivé à la convalescence il paraît changé psychiquement, irritable, affaibli intellectuellement. Il avait des besoins sexuels énormes et devint importun à sa femme déjà près de la ménopause et de laquelle il exigeait sans cesse l'accomplissement du devoir conjugal. Il se sentait désagréablement affecté par l'attitude évasive de sa femme ; d'ailleurs le coït ne lui procurait plus aucune satisfaction. Il devint méfiant, exprima la pensée que sa femme entretenait des relations avec d'autres hommes. Quand sa femme toussait légèrement ou qu'elle soupirait, il devenait agité et grossier, « car voilà, disait-il, l'amant qui pense maintenant à ma femme ».

Les visites d'hommes n'ont lieu que pour sa femme. Episodiquement il prétendit que sa femme faisait venir ses amants à la maison, faisait des scènes de débauche avec eux et avait conçu le projet de l'assassiner. A cause de ses idées, ses amis se moquaient et riaient de lui. Il s'en froissa vivement et son état empira. Il prétendait que sa femme portait du combustible et des victuailles à ses amants. A chaque bruit qu'il entendait la nuit, il croyait que quelqu'un se glissait auprès de sa femme. Il entendait ouvrir les portes, des voix parler ; il devenait de plus en plus agité et brutal; il menaçait sa femme de la tuer d'un coup de fusil. Le 29 novembre 1878 il fit mine d'exécuter cette idée et il fut arrêté pour ce motif.

A l'asile il maintient son idée délirante. Sa femme était d'une amabilité surprenante avec les hommes qui venaient à la maison. Il en venait un nombre vraiment surprenant et sous toutes sortes de prétextes. Il s'aperçut de disparitions dans la boite à charbon et dans le garde-manger; quand il en fit l'observation à sa femme, elle devint embarrassée et se mit à pleurer. Le soir elle aimait à s'occuper hors de la maison. Le malade est convaincu qu'elle se livre à plusieurs hommes. A plusieurs reprises elle est rentrée à la maison avec sa toilette toute dérangée. Elle était indifférente au lit et n'accomplissait son devoir qu'à contre-cœur. Il ne voulait pas lui brûler la cervelle, mais il a voulu la menacer afin de faire cesser enfin sa conduite scandaleuse.

Le malade n'a pas de stigmates de dégénérescence, pas de phénomènes consécutifs à son trauma capitis; faiblesse intellectuelle. A l'asile, la manie de la jalousie est refoulée mais sans être complètement corrigée.

Le 28 décembre 1878 il est relâché comme guéri, mais sous réserves.

2° *Folie des quérulants et des chicaneurs* [1]

Elle diffère de la forme précédente en ce sens que ce sont des intérêts de droit et non pas les intérêts vitaux qui seraient compromis dans l'opinion du malade, que des faits réels et non imaginaires servent de point de départ au délire et que le malade prend de bonne heure le rôle d'agresseur et non celui d'attaqué. Mais souvent dans cette folie des quérulants apparaissent épisodiquement aussi les délires des formes ordinaires de la paranoïa ; parfois elle prend même son point de départ dans ces derniers. Mais dans son essence, c'est une paranoïa combinatoria.

Les gens qui tombent dans l'aliénation des quérulants sont tous des individus tarés, pour la plupart héréditairement prédisposés, atteints de

[1] Voir l'article de l'auteur dans l'*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 35, avec indications de la littérature complète sur ce sujet.

stigmates de dégénérescence somatique (anomalies craniennes) et d'anomalies et de défauts psychiques qui se manifestent de bonne heure et d'une manière constante. Leur défaut le plus manifeste et le plus important est une atrophie de l'éthique qui, malgré tout sentiment de droit, les empêche d'avoir une conception profonde et morale du droit même. Le droit ne leur paraît que dans l'utilisation de sa forme comme moyen, comme arme légale pour atteindre un but égoïste.

De cette même défectuosité éthique résulte de bonne heure un égoïsme démesuré qui méprise le droit d'autrui, qui est disposé à mettre en avant le sien, et qui réagit de la manière la plus violente à la lésion vraie ou imaginaire de sa propre sphère d'intérêts.

Les candidats à cette forme morbide se font remarquer de bonne heure par leur entêtement, leur emportement, leurs colères, leur obstination brutale à vouloir toujours avoir raison et par leur présomption démesurée; par ces mauvaises qualités de caractère, ils entrent toujours en conflit avec leur entourage. Dans la plupart des cas, leurs dons intellectuels aussi sont au-dessous de la moyenne. Mais quand même leurs capacités intellectuelles isolées ressortent d'une manière séduisante, il y a toujours une contorsion surprenante de la logique qui, malgré l'apparence de netteté rigoureuse des conclusions, trahit des fautes de développement graves et dégénère trop facilement en argutie. Souvent, la fidélité de la reproduction aussi est défectueuse et présente à la conscience les faits sous une forme travestie.

Nombre d'individus de ce genre restent à ce degré de l'anomalie originaire du caractère et sont une plaie pour la société dans leur rôle de chicaneurs. Chez beaucoup, il existe une véritable rage de plaider.

La cause accidentelle de la véritable maladie née sur cette base est un procès dans lequel ces plaideurs ont perdu leur cause ou aussi le rejet de prétentions, légitimes selon leur avis, mais en réalité audacieuses. Ce n'est pas par un vif sentiment de droit, comme on l'a souvent cru, mais par suite de l'absence du sentiment de leurs torts, lacune due à leur abâtardissement éthique et intellectuel, que ces gens se mettent dans un état d'irritation passionnée pour une offense imaginaire, qu'ils perdent le sens et qu'ils ne poursuivent plus qu'un seul but : rétablir leurs droits à leur avis lésés. Devant cette tâche, métier, devoirs de famille et aisance de la maison, tout doit disparaître.

Quelque temps après, ils sortent de leur bouderie, méditant sur leur échec et brouillés avec le monde. Dans leur confiance morbide en eux-mêmes, comptant sur leur propre force, et, par suite de leur méfiance, n'ayant plus confiance aux avocats, ils ont pris eux-mêmes connaissance de la loi et de la procédure. Munis de ces armes, ils se mettent alors à plaider, rédigent des plaintes, interjettent appel à toutes les instances.

S'il existe encore un reste de réflexion, ils domptent quelque peu leur agitation passionnée et modèrent leur langage. Par suite des insuccès de leurs démarches et des humiliations qu'ils subissent, ils deviennent de plus en plus obstinés, de moins en moins clairvoyants, et perdent même

leur dernier reste de calme et de réflexion. Leur état qui jusque-là pouvait encore passer pour une passion aux yeux d'un observateur psychologue, se dessine de plus en plus nettement comme une maladie psychique qui ne connaît plus ni égards, ni raison. Au lieu de reconnaître que leur cause était vouée à l'échec, parce qu'elle était injuste, les malades, pleins de méfiance, voient la cause de leur insuccès dans la partialité, la corruption des juges; des incidents insignifiants sont pour eux des preuves, et la conviction s'implante chez eux de plus en plus solidement. Alors les derniers égards sont mis de côté. Leurs recours en appel de plus en plus volumineux, leurs requêtes, leurs dénonciations sont bourrés d'invectives et d'offenses contre l'honneur des fonctionnaires et provoquent des répressions de la part des tribunaux, ce qui augmente encore leur irritation passionnée.

Ils se sentent alors martyrs et dupes ; toute l'affaire judiciaire n'était qu'une comédie indigne. Avec un entêtement fou, une logique de rabuliste et une insolence éhontée, ces gens contestent alors non seulement l'équité mais aussi la validité des arrêts rendus contre eux. Ils refusent de payer l'amende, l'indemnité, les contributions ; ils se livrent à des voies de fait contre les huissiers, appellent les magistrats et les plus hauts fonctionnaires de l'État canailles, voleurs, parjures. Ils entrent en guerre contre la justice misérable et ses indignes représentants, comme les champions du droit et de la morale, comme les martyrs d'une force brutale.

Souvent ils s'imposent à d' « autres opprimés » comme protecteurs et hommes d'affaires, ainsi que l'a fait ce quérulant sur lequel Buchner a fait une expertise (*Friedreichs Bl.*, 1870, p. 163) qui, avec quelques individus du même acabit, a fondé une Société des opprimés, c'est-à-dire pour la protection des déni de justice, et qui a notifié au roi la constitution de cette société. D'ordinaire, les malades de ce genre sont pendant longtemps méconnus et frappés de mesures judiciaires par les profanes ; car, malgré leur manque d'intelligence qui les empêche de reconnaître l'insensé et l'inconvenance de leur manière d'agir, ils possèdent une dialectique remarquable, une connaissance étendue de la loi et plaident avec beaucoup d'habileté leur cause malheureusement folle. A peine punis, ils recommencent à commettre les mêmes délits, habituellement des offenses contre des fonctionnaires publics ; ils ont l'air de malfaiteurs obstinés qui ont encouru des circonstances aggravantes, tandis que leur attitude conséquente et inflexible n'est que la conséquence naturelle et fatale de leur maladie.

Ainsi, la mise en tutelle et l'internement dans un asile, mesures si nécessaires et si salutaires pour ces malades, ne sont mis à exécution malheureusement qu'après qu'ils ont gaspillé leurs biens dans les procès, importuné sans fin les tribunaux, troublé l'ordre public, miné le respect dû à la loi et contagionné leur famille avec leur délire (ce qui arrive souvent) ou même accompli une vengeance sanglante sur leurs ennemis.

Observation XXXIX. *Aliénation quérulante, puis délire d'empoisonnement et de persécution.* — Mme S..., quarante-trois ans, femme d'un cordonnier, divorcée léga-

lement, est née d'un père aliéné. Etant enfant encore, elle se faisait déjà remarquer par son entêtement et son sentiment du droit, développé à un degré extraordinaire. Il y a vingt-trois ans, elle contracta un mariage sans inclination, mariage qui fut annulé peu de temps après; la séparation avait eu lieu en partie parce que Mme S... était atteinte d'incontinence nocturne, infirmité qu'elle conserva jusqu'à son premier accouchement, et qu'elle légua à sa première fille qui en souffrit jusqu'à la puberté.

Outre une grande irritabilité et une tendance à se mêler des affaires d'autrui, à intriguer et à plaider, Mme S... ne présentait dans les années suivantes rien qui la fît remarquer.

Dans les années qui suivirent 1870 son père et son frère moururent. Elle ne se trouvait pas satisfaite du partage de l'héritage, conçut le soupçon qu'elle avait été frustrée de 6,000 florins par les membres de sa famille et par les gens de loi. Cette prétendue spoliation ne la laissait plus tranquille. Elle acheta des livres de droit qu'elle étudia avec d'acharnement et en se surmenant; par ruse elle sut se procurer des doubles des pièces de la succession et des documents de famille ou en prendre connaissance. Ses suppositions n'étaient pas erronées. Elle acquit la certitude que, au moment de traiter l'affaire de succession, on avait détourné des capitaux, faussé des signatures et, quand elle eut réuni toutes les preuves, elle adressa une plainte au procureur. Malheureusement ses démarches n'eurent pas de succès. Dans l'enquête de l'affaire on procéda trop à la légère et, comme elle s'en aperçut plus tard, avec beaucoup de parti pris; dans les procès-verbaux on n'a noté que d'une manière très imparfaite les preuves, on n'a pas cité les articles du code nécessaires, on l'empêcha d'apporter les preuves, de sorte qu'elle ne put pas réussir. Elle reconnut que les tribunaux de première instance étaient intéressés dans l'affaire, interjeta appel, fut déboutée de nouveau, essaya alors une requête plus énergique ; se jeta de nouveau à corps perdu dans l'étude des lois, car elle s'aperçut que les avocats, ces renards rusés et ces escrocs, ne valaient pas cher non plus; mais comme elle ne trouvait partout que du parti pris et des sentiments déshonnêtes, elle ne put obtenir justice bien qu'elle ait eu recours à toutes les instances.

Son langage devenait de plus en plus hautain et insolent; « par sa connaissance éminente des lois et son noble sentiment de la justice », elle se croyait appelée à faire triompher le droit opprimé et à démasquer les imposteurs. Elle fut sur la voie de cette révélation d'imposture pour la première fois le 12 février 1877 quand elle dut répondre à la chambre correctionnelle de l'accusation d'avoir offensé des fonctionnaires publics. Malgré son bagout étonnant et sa plaidoirie brillante elle fut condamnée.

Malgré cela Mme S... continua à recourir et à quéruler.

Le 13 août 1877 elle est de nouveau sur le banc des accusés pour répondre d'un nouveau délit d'offense de fonctionnaire.

Elle apparaît avec un immense dossier, répond à chaque question du président soit en citant un article du code de procédure qu'elle connait par cœur comme le *Pater noster*, soit en donnant lecture d'une pièce du dossier, quand même ce document eût par hasard contenu le contraire de ce qu'elle voulait prouver.

Elle maintient ferme que les personnes qu'elle a injuriées avaient largement mérité cette critique et qu'elle n'en retrancherait pas un iota. « Je m'adresserai au ministre de la justice, s'écrie avec un ton déclamatoire Mme S..., debout et en se servant du dossier de sa chaise comme d'un pupitre de tribune, je l'informerai personnellement des intrigues ourdies contre moi et si, contre toute supposition, il ne me rend pas justice non plus, je m'adresserai à la haute cour de l'Empire qui, je l'es-

père, démasquera l'imposture. On croit peut-être que je ne saurai pas trouver le chemin de la cour de cassation. Je demande mon droit et rien autre chose et je saurai me faire rendre tout ce qui m'a été enlevé d'une manière honteuse. Je ne resterai pas tranquille, j'éleverai la voix, et finalement je dénoncerai tout à l'empereur. »

Un avis médico-légal cité au cours des débats judiciaires conclut que Mme S... est atteinte de folie quérulante. Pendant cet exposé Mme S... est en proie à une vive agitation qu'elle ne peut dompter qu'en partie. Des exclamations ironiques à demi-voix lui échappent, telles que : « et c'est un médecin légiste qui a dit cela! — donc celui-là aussi est du complot; — rien que cela! — moi aliénée! »

Quand l'expertise est terminée elle s'écrie avec un geste de vive indignation : « c'est ridicule », et quitte la salle en saluant.

Mme S... fut acquittée par suite d'irresponsabilité. Elle continue à quéruler. Un jour elle insulte grossièrement ses parents dans la rue, ce qui provoque son arrestation et son transport dans un asile.

Elle entre à l'asile en protestant solennellement contre cette séquestration; elle se répand en accusations les plus graves contre les magistrats, les avocats, et représente aussi les médecins légistes, à cause de leur expertise, comme des complices corrompus du complot ourdi contre elle.

Elle conserve son attitude, son grand air, insiste sur son bon droit, rédige des mémoires innombrables dans lesquels elle jongle pour ainsi dire avec tous les articles du code pénal, du code civil et du code de procédure; en se pâmant d'admiration pour sa propre personne, elle s'écrie : « Oh! je suis bien ferrée sur toutes ces matières; il n'y a là rien à reprendre, même le compte rendu publié dans le journal sur mon procès me rend hommage en disant que j'étais très au courant de toute la procédure du code pénal. — Les preuves éclaireront mon esprit d'une lumière électrique; j'ai rédigé un recours en appel, c'était admirable; à l'audience du procès j'avais l'impression que la cour n'était composée que d'accusés et que c'était moi qui les jugeais. Ils trembleront devant moi, ces tartufes astucieux. — Dans les journaux on pouvait lire que les magistrats de Gr... avaient été bien éreintés au dernier conseil des ministres (!); du reste les loups ne se mangent pas entre eux. »

Elle se délecte dans le pressentiment de son futur triomphe, se compare à un cheval pur sang qui se lance et qui renverse tout ce qu'il trouve sur son chemin. Elle attaquera tout le testament de son père, car c'est une pièce autographe, faite sans l'assistance d'un notaire et qui n'est pas rédigée en bonne et due forme. Il aurait fallu y indiquer la raison pour laquelle les enfants ont été inscrits seulement pour le minimum de la part qui leur revient.

C'est avec de pareils sentiments et des idées de ce genre que la malade se monte la tête, restant toujours hautaine à l'excès. En même temps elle intrigue, quérule, se fait l'avocat des autres malades, critique le règlement de la maison qu'elle trouve mal fait, se comporte avec brutalité et insolence envers les fonctionnaires et les serviteurs de la maison. Combien profond est le trouble de son intelligence, en dépit de toute sa dialectique et de sa subtilité déployées devant les tribunaux! Cela est prouvé par son irritabilité très avancée qui, même à l'asile, rend la vie avec elle impossible et qui pour le motif le plus anodin se manifeste par des emportements de colère démesurés. A l'occasion de ces explosions on a constaté à plusieurs reprises des délires de persécution, ordinairement latents ou du moins cachés par dissimulation (on veut lui faire perdre ici la raison, on lui donne des drogues empoisonnées).

Mme S... est une femme de taille moyenne, bien conservée. L'expression de la figure dénote l'orgueil et une ruse calculée.

La moitié gauche de la figure est plus étroite que la partie droite et aussi moins bien conservée que l'autre. En dehors de cette particularité, il n'y a pas d'anomalie du squelette. Les fonctions végétatives ne présentent aucun trouble.

Dans les deux dernières années le délire de la chicane fait de plus en plus place à un délire de persécution basé sur des menaces imaginaires contre sa santé et sa vie, ce qui est une preuve nette de l'affinité de ces états. La malade ne faisait qu'effleurer occasionnellement ses anciennes affaires de justice dans les mémoires qu'elle adressait au directeur de l'asile; en revanche elle accusait son entourage de comploter contre sa vie. Elle voyait les gens de son entourage échanger des regards de connivence; ils ne pouvaient plus soutenir son regard, devenaient rouges et embarrassés; elle prenait des taches qui se trouvaient par hasard sur le plancher pour du poison, les gardes-malades pour les anciennes domestiques de ses parents ennemis ou pour des assassins payés. L'accès de catarrhe gastrique dont la malade souffrait souvent, était toujours pour elle une preuve d'empoisonnement. Les plats avaient alors le goût de la chaux et du métal. Comme réaction se manifestaient souvent des emportements de colère démesurés dans lesquels elle demandait à partir, à aller devant les tribunaux, pendant lesquels elle brisait tout et ne pouvait être domptée qu'avec beaucoup de peine. Dans ces états émotifs elle perdait même conscience et, après coup, elle ne pouvait plus se souvenir de ce qui s'était pass (émotions pathologiques comme autre symptôme d'une maladie grave du cerveau). A l'époque des règles la malade était toujours très agitée, irritée et affligée de migraine et de malaises paralgiques. Transport dans un hospice d'incurables.

B. — Paranoïa expansive

Elle est de beaucoup plus rare que la forme dépressive (persécutoire). Selon le sujet et la tendance du délire on peut distinguer : 1° une paranoïa inventoria ou reformatoria; 2° une paranoïa religieuse; 3° une paranoïa érotique.

1° *Paranoïa inventoria.*

Les représentants de cette forme sont toujours des personnages tarés, originairement bizarres, souvent intellectuellement inférieurs ou du moins qui ne sont doués que d'un talent isolé et exclusif. L'illusion qu'on est un illustre personnage, illusion se basant sur une opinion de soi-même très exagérée ou qui s'est développée directement, voilà le fond et l'ensemble de cette maladie. La future idée délirante est déjà contenue d'une manière latente dans le caractère de l'individu, dans sa manière de penser et de voir. Cette forme de paranoïa est essentiellement combinatoire. Le stade d'incubation est très long, caractérisé par le caractère rêveur, fantastique de l'individu, sa tendance à causer d'inventions et de découvertes, ses rêves de châteaux en Espagne, de future grandeur et puissance, ses pressentiments d'être destiné à une haute mission, sa grande exagération de sa valeur personnelle avec tendance à se tenir fièrement à l'écart du profanum vulgus. Ces idées délirantes tournent autour de brillantes productions comme poète, artiste, inventeur, réformateur de la société, fondateur

de nouvelles religions, etc. Suivant le fond intellectuel de l'individu ces idées sont puériles, absurdes, ou bien elles sont originales, séduisantes au premier coup d'œil et dénotent un certain talent malgré toute la bizarrerie et la désharmonie des facultés intellectuelles.

C'est ainsi qu'il peut arriver que la foule dénuée de jugement prenne cet homme pour un génie, de même que, d'une manière inverse, il est arrivé à de vrais génies d'être pris pour des fous. Le trait commun des pseudo-génies et des vrais génies c'est une certaine originalité dans leur manière de voir, originalité basée sur la particularité de leurs associations d'idées et sur le mode de déduction et de développement des pensées.

Mais c'est aux faits qu'on reconnaît le vraie génie et le pseudo-génie. Le premier représente un poteau monumental qui marque la fin d'une époque et d'une civilisation et en inaugure une nouvelle et qui, rayonnant bien au delà de la sphère de ses contemporains, n'est compris et apprécié selon ses mérites que par la postérité. Le pseudo-génie n'est que la caricature du vrai, car il en a bien les dehors, les apparences extérieures, mais sans en avoir la valeur intrinsèque. Il lui manque la force intellectuelle, le calme, la volonté d'aller à un but bien déterminé, qualités du vrai génie, et qui résultent naturellement du développement supérieur et surtout harmonique des facultés intellectuelles. Quand même l'idée qui guide le pseudo-génie serait originale et promettrait beaucoup, il manque à son porteur la capacité pour la faire valoir d'une manière logique et utile. Il y a chez lui tout au plus une capacité à exercer la critique, à démolir ce qui existe, mais non pas à créer.

Dans la société pullulent ces pseudo-génies, toujours mécontents de ce qui existe et toujours poussés à réformer le monde. Ils se sentent continuellement malheureux, génies méconnus. Souvent ils frisent de très près la paranoïa et il ne faut que des circonstances particulières, par exemple une époque agitée, pour leur faire perdre les derniers restes de leur réflexion. Alors ils débutent comme inventeurs de nouveaux systèmes sociaux et politiques qui, à leur avis, doivent sauver la société, comme fondateurs d'Etats idéaux, de nouvelles sectes religieuses, etc. Il est intéressant d'observer alors comment un fou en produit non seulement cent mais mille autres, comment les foules se laissent alors entraîner, séduites par l'originalité et l'excentricité des idées de ces démagogues fous, et attirées par leur zèle fanatique embrasé parfois par des hallucinations et une prétendue inspiration divine.

Il est vraiment remarquable que ces gens bizarres, plus ou moins paranoïques, aient fait, comme chefs d'insurrection, des révolutions; comme fondateurs de sectes, etc., le malheur d'eux-mêmes et de ceux qu'ils avaient entraînés. Cela s'est produit entre autres pendant la Commune, à Paris, en 1871.

Les moyens et les voies sur la base desquels la paranoïa se développe chez ces individus sont, abstraction faite de l'origine rare par hallucinations, les mêmes que dans les autres formes; ce sont les fausses combinaisons appuyées par une paralogique originaire, les erreurs de souvenir, l'apparition brusque des délires primordiaux (inspirations).

Les résistances que ces malheureux rencontrent chez les hommes raisonnables, leur internement final dans un asile sont compris par eux dans le sens d'une persécution, mais sans donner lieu au développement d'un délire de persécution proprement dit. Dans leur manie des grandeurs, dans leur bizarrerie et leur paralogique originaires, ils jugent ces manifestations de la logique saine simplement comme des vexations venant des adversaires, comme des manifestations de la jalousie, de la concurrence, de la peur de leur immense talent. A l'asile, ces malades continuent à tisser leurs idées paranoïques réformatrices, ne vivant que pour eux-mêmes et pour leurs rêves d'avenir, attendant le moment de les réaliser. Au cours de l'année cette personnalité se transforme souvent en une individualité tout à fait démente et il se produit des phénomènes de confusion et de débilité mentale.

Observation XL. *Paranoïa reformatoria.* — Mme R..., quarante-huit ans, veuve d'un ouvrier depuis huit ans, mère de deux enfants, est née d'une famille prétendue sans tare. La sœur de la mère est morte aliénée.

La malade a eu à l'âge de neuf ans la scarlatine, à l'âge de treize ans le typhus ; elle fut consécutivement à la puberté chlorotique, depuis sa treizième année jusqu'à l'âge de vingt-six ans ; elle se maria à l'âge de vingt-six ans, fit un mariage malheureux et, après la mort de son mari, vécut en concubinage avec le tuteur de ses enfants. Etant encore enfant elle avait déjà des projets transcendentaux. A l'âge de douze ans elle voulait aller au couvent pour « communiquer la religion chrétienne aux sauvages ». Lorsqu'elle quitta alors l'école, on voulut tout de suite la placer comme institutrice (!).

Etant jeune fille elle portait toutes les modes un ou deux ans avant les autres, parce qu'elle les devinait d'avance.

Depuis 1872 elle s'occupait de plans pour l'amélioration de l'instruction. Elle communiqua ses projets aux gens de sa famille, plus tard même à un député du Reichstag, mais ils n'ont pas rencontré l'appréciation méritée. Toutefois elle a remarqué depuis 1882 que les journaux s'étaient emparés de ses idées sans reconnaître qu'elle en était l'auteur. Elle a fait la même expérience avec de nombreuses inventions que personne n'a voulu accepter et qui pourtant ont été peu de temps après proclamées et utilisées par d'autres.

La malade qui sacrifiait au potus (2 à 3 litres de bière, du rhum, des grogs, etc.) eut l'hiver de 1886-87 passagèrement des visions alcooliques (des chiens noirs, des parents morts, des anges, des diables). En 1887 elle arriva à la ménopause. Une paranoïa sexuelle et persécutoire hallucinatoire se développa, mais prit une marche abortive et est restée latente jusqu'à Pâques de 1888.

A cause de cette maladie épisodique, Mme R... resta à partir de fin janvier 1888 quelques mois à l'asile. Cette paranoïa commença par des voix qui lui disaient qu'il fallait qu'elle soit surveillée pour s'amender. On l'injuriait, on l'appelait putain à soldats, on lui reprochait de ne pas élever convenablement ses enfants.

Plus tard elle entendait aussi prononcer par d'autres ses propres idées (conscientes). Elle sentait de l'encens, de l'éther, et en conclut qu'on voulait la narcotiser. Les plats du restaurant avaient un goût étrange, les voix parlaient d'empoisonnement. Elle sentait un fourmillement étrange sur son corps, une pluie électrique tombait sur elle, en lui donnant une toux et des battements de cœur. Elle avait souvent des rêves où elle volait, planait, où elle avait la sensation du coït accompli

sur elle. A l'automne de 1888 tous ces phénomènes restèrent au second rang, mais la malade n'avait pas acquis une compréhension de son état à cette époque.

Elle se remit à s'occuper de ses projets de réforme et de bonheur universel. Elle sentait une impulsion intérieure à ces travaux et de nouvelles idées sublimes lui venaient comme par inspiration.

Au mois de décembre 1889 la malade fut de nouveau amenée à l'asile à cause d'un état d'ébriété pathologique. Sa paranoïa expansive est restée telle.

La malade est actuellement occupée de ses projets sociaux. Elle se sent l'étoffe d'un orateur public, d'une réformatrice, quand même « elle devrait se placer sur les barricades ». Elle veut rétablir la religion primitive et alors il n'y aura plus de guerres de religion ni de haines de races. Elle supprimera la pauvreté et la misère simplement en supprimant l'argent. « En quoi avons-nous besoin d'argent, puisque tout pousse dehors ! S'il n'y avait pas d'argent, il n'y aurait pas d'impôts. Les impôts rendent la vie difficile. Ce que nous mangeons, c'est de l'impôt. »

Elle prétend avoir développé ces idées dans un article intitulé : « Le monde sans argent ». Le manuscrit de cet article a disparu un jour. Evidemment le rédacteur en chef du journal... s'en est emparé illégalement, car un jour elle a lu son travail dans ce journal. La même chose lui est arrivée pour ses autres idées, par exemple celle du certificat de capacité qui est son œuvre.

Elle veut abolir la monarchie et elle est convaincue que si elle pouvait exposer ses idées à l'empereur, celui-ci abdiquerait aussitôt de sa propre volonté.

Elle abolira ensuite les maladies en supprimant les médecins, car ceux-ci en inventant toujours de nouvelles maladies en augmentent le nombre (!).

Elle introduira de nouvelles machines, une machine qui donnera des vêtements tout faits. Elle veut aussi supprimer l'armée. Un jour elle a déjà moralement forcé des soldats à quitter le champ d'exercice : elle leur avait lancé un regard ironique.

Elle croit de son devoir de faire des conférences publiques pour conquérir à ses idées le peuple. Ses idées grandioses lui viennent souvent comme par inspiration ; souvent elle les entend sous forme de voix.

Alors elle se sent comme une divinité et pourra, s'il le faut, vaincre le monde.

La malade dédaigne la compagnie des autres, se tient à l'écart, s'occupe, pendant son séjour à l'asile, à travailler à ces problèmes sociaux, à rédiger ses idées sur la solution de la question sociale. Celles-ci consistent essentiellement dans la négation de toutes les institutions existantes (état, religion, mariage, etc.), sans offrir quelque chose de positif pour les remplacer. « Chacun doit se gouverner soi-même. Un peuple cultivé se gouverne lui-même. Il est temps d'ôter ses chaînes à l'humanité ! A la place du mariage il faut mettre l'amour libre ; alors il n'y aura plus de ménages malheureux et désunis. A la place de l'Eglise il faut mettre la cuisine ; au lieu des messes, il faut à manger (!). »

Elle se pose en prophétesse d'un nouvel ordre de choses. « Si les souverains et les calotins se taisent devant mes avis, il viendra un temps, trop tard malheureusement, où ils me demanderont de sauver la société, mais je serai sourde à leurs prières. »

Sa future religion est la religion de la nature ; son unique Dieu, c'est la terre. Elle est ici emprisonnée parce qu'on craint sa supériorité ; mais le jour de la revanche viendra. Elle lèvera le masque des hypocrites, proclamera un nouvel ordre du monde et délivrera les malheureux qu'on détient illégalement sous prétexte qu'ils sont aliénés. Les plus fous se trouvent dehors ; le monde entier est frappé de folie. Elle a prédit bien des choses qui depuis se sont accomplies (illusions du souvenir). Cette prophétie aussi s'accomplira. Dans un nouveau « Projet de délivrance de l'Univers »

elle apostrophe à la fin les maîtres de la création et leur conteste le droit de gouverner le monde. Ce droit ne revient qu'aux femmes, car ce sont elles qui mettent les enfants au monde.

La malade dispose d'une quantité de connaissances assez considérable, de réminiscences de lectures, d'une certaine éloquence ; à la clinique elle fait avec beaucoup de plaisir et d'aplomb une conférence improvisée. Elle défend assez habilement ses idées insensées contre les objections qu'on lui oppose.

Elle ne présente pas de stigmates de dégénérescence ; bien conservée, et bien portante au physique.

2° *Paranoïa religieuse*[1].

Les antécédents de ces malades indiquent nettement une prédisposition aux maladies psychiques en général et à cette forme de maladie en particulier. Souvent la maladie que nous allons décrire n'est que la suite du développement d'une tournure religieuse bizarre et excessive du caractère qui existe dès l'enfance; c'est donc pour ainsi dire une « hypertrophie du caractère ».

Presque toujours les représentants de cette forme clinique sont originairement des imbéciles dont l'esprit borné ne peut comprendre le fond éthique de la religion; ils sont occupés uniquement des dehors et des formes brillantes du culte religieux; avec l'étroitesse et la paresse intellectuelles des imbéciles, ils se jettent exclusivement dans la pratique des commandements religieux mal compris. Ainsi la tendance exclusive et excessive qui existe dès le commencement s'accentue de plus en plus; une influence considérable est aussi exercée sur les faibles d'esprit par les missionnaires éloquents et les prêtres zélés en général qui dépeignent sous des couleurs trop vives les souffrances de l'Église, les attaques de ses adversaires, le ciel et l'enfer, et qui par ces descriptions portent l'agitation et la confusion dans les esprits.

Parfois ce sont des revers de fortune qui poussent les âmes dévotes dans les bras de la religion et les éloignent du monde des intérêts matériels.

Chez beaucoup de malades qui plus tard deviennent une proie pour la paranoïa religieuse, il se produit déjà à la période de la puberté des états d'émotion psychique qui se manifestent sous forme d'enthousiasme religieux, l'ardent désir de se faire prêtre, d'entrer dans un couvent, de faire des pèlerinages, etc., et auxquels se joignent occasionnellement aussi des visions d'êtres célestes.

L'explosion de la maladie proprement dite est amenée par des faits qui affaiblissent le physique, que ces affaiblissements soient causés par des maladies aiguës ou par des excès sexuels ou par suite de pénitences et de jeûnes. Parmi les éléments psychiques agissant comme causes, notons

[1] Marc. *Les maladies mentales.* — Ideler, *Lehrb. d. ger. Psych.*, p. 148. — Le même, *Der relig. Wahnsinn*, Halle, 1847. — Damerow, *Allg. Zeitschr.. f. Psych.*, p. 375. — Dagonet, *Traité*, p. 278. — Ideler, *Versuch einer Theorie des relig. Wahnsinns*, 1859. — Calmeil, *De la folie*, t. 1er. — Morel, *Traité de méd. légale*, p. 94. — Maudsley, traduction de Böhm, p. 218. — Spielmann, *Diagnostik*, p. 220. — Dardel, *Gaz. des höp.*, 1862, 111.

les espoirs d'amour déçus, les revers de fortune graves, ou parfois aussi les sermons enflammés et les offices qui provoquent des remords ou qui représentent comme fort douteux le salut de l'âme.

Le stade d'incubation de cette maladie peut durer pendant des mois et même des années. Chez les individus du sexe féminin on observe souvent des phénomènes chlorotiques, de l'hystérisme, des troubles de la menstruation comme symptômes physiques; chez les individus du sexe masculin on constate des velléités hypocondriaques. Dans les deux sexes il existe en outre souvent des anomalies de l'instinct génital qui est d'une intensité anormale, se réveille très tôt et conduit à la masturbation.

Les candidats à la paranoïa religieuse, quand ils se trouvent à ce stade, perdent le goût du travail, restent plongés dans leurs pensées; ils lisent de préférence la Sainte Écriture, les traités religieux, sont de tous les pèlerinages et offices de mission, négligent leurs devoirs sociaux. Avec l'exaltation religieuse qui par moments s'accentue nettement (chez les femmes toujours à l'époque des règles) vont régulièrement des phénomènes d'érotisme qui se manifestent soit par l'onanisme, ou qui se traduisent plus ou moins par une sorte de débauche mentale, l'enthousiasme pour certains prêtres, pour un saint ou un autre, etc.

Le commencement du stadium conclamatum morbi est marqué par l'apparition des hallucinations comme phénomènes partiels d'un état d'excitation psychique qui peut s'accentuer jusqu'à l'extase et va de pair avec l'insomnie.

Dans ces états la sublime sensation que leur corps de pécheur est traversé par le souffle divin, pénètre dans la conscience et dégage l'individu de tous les intérêts et soucis terrestres. Un sentiment de béatification envahit les malades comme si le Saint-Esprit s'était épandu en eux; chez les femmes il y a souvent en même temps des sentiments d'excitation sexuelle allant jusqu'aux sensations de coït, ce qui est utilisé plus tard dans les idées délirantes : elles ont accouché de l'enfant Jésus. Des phénomènes cataleptiques peuvent même se produire dans ces états d'extase.

Au commencement les hallucinations ne sont que des visions : les malades voient le ciel ouvert, la madone leur sourit avec grâce, les miracles de l'Apocalypse leur sont révélés, ils se voient enveloppés d'une auréole lumineuse, etc.

Plus tard, avec le retour de ces hallucinations enchanteresses et de forme extatique, ils entendent aussi des voix : « Voici mon fils en qui j'ai mis mon affection », des prophéties, des promesses, des commandements, des missions pour la vocation de prophète, etc.

Ces hallucinations durent jusqu'aux derniers stades de la maladie. L'ascétisme, la masturbation sont les éléments sous l'influence desquels elles reviennent avec une vivacité particulière. Les produits de ces processus pathologiques sont tout d'abord des idées délirantes; chez les individus masculins le fond de ces idées est toujours d'être le Sauveur du monde, chez les femmes d'être la mère de Dieu.

Elles se forment et se développent avec une rapidité surprenante, car la

personnalité habituellement bizarre originairement, perd bientôt ses derniers restes de réflexion. L'opposition minime qui s'y fait encore jour, est ressentie comme la contestation de Satan et elle est bientôt victorieusement surmontée.

A côté des délires primordiaux et des hallucinations, il y a une autre source importante d'idées délirantes : c'est la paralogique de ces malades grâce à laquelle ils interprètent faussement et d'une façon vraiment insensée des passages de la Sainte Écriture et les rapportent à leur propre personne.

Tant que l'illusion est fraîche, portée par les émotions et nourrie par les hallucinations, ces malades sont disposés à agir en conformité avec leurs idées, soit dans le rôle inoffensif de prêcheur dans le désert, dans celui de réformateur et de Sauveur du monde, ce qui ne les rend que ridicules et impossibles dans la société, soit dans le rôle plus dangereux de champion de la foi divine qui n'hésite pas à sévir contre les mécréants avec le feu et le glaive ad « majorem Dei gloriam », à l'instar de certains fanatiques normaux (?) des époques passées.

Comme dans la paranoïa de nature persécutoire dépressive, on peut aussi dans la paranoïa religieuse expansive distinguer en général deux stades pathologiques : un premier, celui de la passivité où le malade se comporte simplement comme observateur et récepteur des sentiments sublimes qui germent en lui et se trouve en présence des hallucinations; le second stade est celui d'activité où le délire achevé cherche à se faire valoir, ce qui provoque des conflits avec le monde réel.

Ce qui est digne d'être remarqué dans le cours de la maladie de ces messies et de ces madones, c'est que, à côté de périodes d'enthousiasme allant jusqu'à l'extase, il y a chez eux des moments où ils sont en proie à des paroxysmes de la contrition la plus profonde, d'anéantissement du sentiment d'eux-mêmes; des périodes de doute sur leur dignité pour remplir la mission divine, des périodes où ils ont la conviction d'être de misérables pécheurs, d'avoir besoin de se purifier et de faire pénitence, périodes pendant lesquelles ils refusent la nourriture, s'imposent le silence, pratiquent le plus grand ascétisme jusqu'à se mutiler eux-mêmes et, par suite de l'angoisse précordiale et de visions diaboliques, se croient même menacés par Satan. Ordinairement ces attaques démonomaniaques passent bien vite et l'ascétisme continu ainsi que la concentration religieuse produisent bientôt de nouveau des visions célestes.

La suite de la marche de la maladie est uniforme pour tous les cas. Comme ces individus ne peuvent pas se maintenir dans la société, on a souvent l'occasion d'étudier dans les asiles les terminaisons de la maladie. Dans les cas favorables on peut par l'isolement dans un asile et en ayant soin d'éloigner tous les objets du culte et les occasions de pratiques religieuses, atténuer l'exaltation religieuse, rendre plus sobre le malade et arriver à ce que par la cessation des hallucinations le trouble revienne à son ancien degré d'excentricité religieuse. La prédisposition à une explosion nouvelle de la maladie par suite de causes accidentelles

somatiques et psychiques n'en continue pas moins à subsister. Si ces malades sont internés dans un asile et que leur idée délirante ne s'efface pas, la maison de santé avec la privation de la liberté leur apparaît bientôt comme un lieu de martyr, une station d'épreuves, etc. ; ils se plaisent dans ce rôle de martyr noble et paresseux où ils se consolent soit par l'idée de leur prochaine mission messianique, idée entretenue par les hallucinations, soit par la conviction que leur temps n'est pas encore venu, etc.

Au commencement ces malades troublent par-ci par-là la tranquillité des autres en voulant faire du prosélytisme par des explosions de fanatisme contre l'entourage profane; plus tard ils deviennent des pensionnaires calmes et quelquefois même laborieux (quand l'idée délirante s'est suffisamment effacée).

Dans leurs paroxysmes dépressifs, quand ils sont en lutte contre les tentations du diable, ou qu'ils pratiquent la pénitence et le jeûne, le refus de nourriture est un phénomène ordinaire, mais ce refus conduit rarement à la nécessité de gaver le malade par force.

Ces malades sont toujours dangereux pour eux-mêmes par les mutilations qu'ils font sur leur propre corps soit spontanément, soit par suite d'un ordre de Dieu. Parfois même ils tentent de se crucifier. Ils sont dangereux pour les autres à cause de leurs actes de fanatisme, exécution des ordres reçus de Dieu, interprétations incomprises et insensées de passages de la Bible.

La terminaison de la paranoïa religieuse est la débilité psychique dans laquelle l'idée délirante n'existe plus pour le malade qu'à l'état de phrase et n'est plus réveillée et soutenue ni par les hallucinations ni par les sensations extatiques.

La terminaison par idiotie complète et apathique ne se rencontre pas dans cette variété de paranoïa.

Observation XLI. — *Paranoïa religieuse.* — Ehmann, quarante-deux ans, paysan, a été amené le 5 juin 1874 à l'asile « pour cause de folie religieuse ». On dit qu'il n'a pas de prédispositions héréditaires, qu'il a toujours été sain de corps et d'esprit, sobre, mais il passait pour être querelleur et chicaneur. Il était en outre soupçonné d'avoir fait une fois un faux serment en justice.

A l'automne 1873, il y avait des offices de mission dans son village, services religieux que le malade fréquentait assidûment. Il fit une confession générale et, à ce qu'on dit, une pénitence très sévère lui fut infligée. A partir de ce moment il changea, ne travaillant plus, passant ses journées à l'église; il prit un ton onctueux, prétendait être destiné à quelque chose d'élevé, laissa pousser sa barbe et ses cheveux, car son corps est sain et rien ne doit en être coupé. Un jour qu'il faisait sa prière à l'église, des fleurs artificielles tombèrent d'une bougie. Il les prit, les mit à sa boutonnière, déclara que c'était un cadeau de fiancée qui lui était tombé du ciel; car il est le fiancé de la mère de Dieu et destiné à gouverner prochainement le monde, puisque le vieux Père éternel n'est plus bon à rien. Sa femme et ses enfants sont l'unique obstacle qui l'empêche de se marier immédiatement avec Notre-Dame, la Mère de Dieu, mais il exterminera ces gens inutiles aussitôt qu'il sera arrivé au pouvoir.

Après un autre office religieux de mission qui avait eu lieu le 10 mai 1874, le

malade devint encore plus bizarre. Il ne s'habillait plus qu'avec ses vêtements de fête, ornés de fleurs tombées du ciel, avait une démarche et une attitude posées et empreintes de dignité, prétendait ne faire que ce qui lui était commandé d'en haut.

Il ne lui est plus permis de travailler, car le missionnaire a dit qu'il a une vocation plus élevée ; le bon Dieu se chargera de sa femme et de ses enfants.

A l'asile, le malade se plaît dans une fainéantise seigneuriale. Il se tient à l'écart des autres malades, se délecte dans le sentiment de sa mission sublime, mais sur laquelle il ne revèle pas beaucoup. On le surprend souvent dans une embrasure de fenêtre la figure en extase. La nuit le malade dort peu ; il a évidemment des hallucinations.

Le 6 janvier 1875, il sort de son attitude réservée. Il se déclare tout-puissant et ajoute que depuis un mois il a connaissance de sa toute-puissance. Il voit tous les jours le Jugement divin et Notre-Dame la Sainte Vierge. Elle est agenouillée et vêtue d'une robe rouge. Dieu le père est à côté d'elle, coiffé d'un bonnet rouge. Le ciel est bleu, très beau et plein d'autels. Il n'a jamais parlé avec les seigneurs célestes, c'est vrai, mais le missionnaire lui a dit, à l'occasion de sa confession générale, qu'il est le fils de Dieu et qu'un jour il sera plus que Dieu. Pour le moment ceci est encore un secret. Il avait alors transpiré du sang. L'église à E... a été réservée pour lui. A l'heure qu'il est il ne pourrait encore opérer aucun miracle, puisque c'est le vieux Dieu le père qui dure encore. Le Christ n'est autre que saint Jean, mais c'est lui (le malade) qui est le fils de Marie, lui le véritable fils de Dieu. Il ne mourra jamais, mais il fera avec son corps son ascension au ciel où il occupera la fonction de Dieu et sera assis à droite de Dieu le père.

Près de l'image de la Madone, une canne et une bague sont tombées du ciel ; à l'église c'étaient des fleurs. La canne est la verge du châtiment qu'il doit manier, les fleurs sont les signes du vieux Dieu qui est maintenant destitué et dont il prendra prochainement la place. Un vieux parapluie avait été (il le croyait sérieusement) jeté du ciel ; il venait de l'inventaire du bon Dieu. Il déclare Marie sa femme céleste et il doit rester sur la terre jusqu'à ce que sa femme terrestre meure, laquelle d'ailleurs il ne lui est plus permis de fréquenter.

Ses actes et son attitude sont tout à fait inspirés d'en haut. Sa mission est de visiter l'église. Il n'a pas d'autres travaux à faire, puisqu'il est tout-puissant. Il prend l'asile des aliénés pour la maison du bon Dieu.

Le malade se plait dans sa position noble, pieuse et contemplative et repousse poliment mais avec fermeté tous les efforts pour l'amener à une occupation utile. Etant d'une nature inoffensive on le confia à l'assistance de sa commune. Deux ans plus tard j'eus l'occasion de le voir en passant. Il était tranquillement couché dans son lit, attendant le moment où il pourrait débuter dans sa mission divine. Il gardait chez lui comme phénomènes très intéressants une anesthésie complète et une analgésie du corps à l'exception de la muqueuse de la langue et d'un point de l'occiput. Il ne sentait pas les plus fortes excitations électriques. Quand il avait les yeux bandés, il ne s'apercevait pas même des changements de position qu'on avait donné à ses extrémités, tandis qu'il était capable d'exécuter promptement et sans aucune ataxie tous les mouvements qu'on lui commandait.

3° *Paranoïa érotique* (*Erotomanie*) [1].

La paranoïa érotique est une variété de paranoïa encore très peu étudiée et qui en comparaison des autres se rencontre très rarement.

[1] Marc, *Les maladies mentales*, II, p. 128. — Dagonet, *Traité*, p. 284.

Dans toutes mes observations personnelles il s'agissait d'individus originairement excentriques dont le développement psychique anormal a pu être ramené à l'influence de tares héréditaires ou à une maladie du cerveau pendant l'enfance.

Le fond de tout le trouble est l'illusion d'être distingué et aimé par une personne de l'autre sexe, qui d'ordinaire appartient à une classe supérieure de la société. L'amour pour cette personne est, ce qui mérite d'être remarqué, une affection romanesque, tout à fait platonique. Sous ce rapport ces malades rappellent les chevaliers errants et les ménestrels des temps anciens que Cervantes a si bien malmenés dans son Don Quichotte.

Dès la première heure ils montrent une attitude farouche, des manières gauches dans la société, gaucherie qui se manifeste surtout dans les rapports avec l'autre sexe. C'est en vain qu'on cherche chez ces malades des manifestations vives d'un instinct génital qui viserait la satisfaction sexuelle. Chez les malades hommes (la majorité) de mon observation personnelle il y avait même presque absence d'instinct génital ou un instinct perverti qui trouvait sa satisfaction dans la masturbation.

La conformation anormale du caractère se manifeste de bonne heure par une tendance molle et sentimentale. De bonne heure, du moins dès l'époque de la puberté, des traces du futur délire primordial se produisent, car ces individus se créent un idéal pour lequel ils s'enthousiasment, ou bien ils s'amourachent d'une femme, généralement plus âgée qu'eux, qu'ils n'ont jamais vue ou qu'ils n'ont rencontrée qu'en passant (Sander). Ils ont en même temps un naturel rêveur, mou, sans énergie, et des velléités de pessimisme universel, souvent aussi d'hypocondrie. Dans leurs songes et dans leurs rêveries à l'état de veille ils continuent à tisser et à développer leur roman d'amour. Des réminiscences de lectures, de contes de fée, les images des rêves l'alimentent.

Un jour ils découvrent leur idéal en la personne d'un individu de l'autre sexe qui occupe un rang social élevé.

Alors commence le stade d'incubation de la maladie proprement dite. Dans les regards, les gestes de la personne en question, ils croient remarquer qu'ils ne lui sont pas indifférents. Avec une rapidité surprenante la réflexion disparaît. Les incidents les plus insignifiants sont pour eux des marques d'amour et des encouragements à s'approcher d'elle. Même les petites annonces des journaux et qui concernent d'autres personnes, proviennent d'elle. Finalement apparaissent les hallucinations. Elles sont en corrélation avec l'objet de l'amour. En même temps les illusions subsistent. Les conversations de l'entourage deviennent des communications touchant l'objet de leur amour. Le malade se sent heureux et relevé dans son sentiment de lui-même. Souvent d'autres délires primordiaux des grandeurs surgissent, surtout quand l'objet de l'adoration occupe un rang supérieur ; c'est par ces délires qu'on égalise la différence de la position sociale.

Enfin le malade finit par se compromettre, en agissant en conformité avec son idée délirante; il devient ridicule et impossible dans la société; l'internement dans un asile en est la conséquence fatale; ou bien les difficultés qu'il éprouve à faire triompher son amour le mènent assez souvent à des délires primordiaux de persécution qui cependant n'ont qu'une signification secondaire et épisodique.

La maladie se meut ici encore entre des exacerbations et des rémissions, car temporairement les hallucinations font vigoureusement ressortir l'idée délirante ou bien elles se taisent, ce qui la fait rentrer au second plan. Des intermissions aussi se produisent. Je n'ai pas constaté de guérison.

Observation XLII. — *Paranoïa érotique* (*homme*). — Saletu, cinquante-quatre ans, célibataire, cocher, a été reçu le 2 février 1878 à la clinique. L'anamnèse se borne aux communications du malade qui passait dans son entourage pour un homme d'esprit borné, étrange, aimant la solitude, qui vivait retiré et rangé et ne s'était jamais beaucoup occupé de femmes.

Le malade prétend avoir remarqué depuis plusieurs mois que la belle-sœur du baron chez lequel il était en service l'avait pris en affection. Par des manières très aimables et des regards encourageants elle lui avait donné à entendre qu'elle voulait l'épouser. La nuit il entendait même des voix qui lui disaient de monter chez la baronne, ensuite il entendait le baron dire : « Nous voulons lui faire plaisir et lui donner Resi pour femme. » La femme du baron aussi exprima son approbation s'il continuait à avoir une bonne conduite. Les domestiques de la maison en parlaient et étaient contents de son bonheur; seule la cuisinière, qui avait jeté son dévolu sur lui, était jalouse et intriguait en jasant de lui et de la baronne, en le présentant sous un mauvais jour et en le privant de nourriture.

Les voix prédisant le bonheur ne cessaient point : entre autres il entendait dire que le baron avait déjà présenté à l'empereur une demande pour le consentement au mariage. Comme cette dame le regardait d'un œil amoureux, qu'elle courait même après lui dans la ville et que les maîtres étaient évidemment favorables à cette alliance, il alla un jour chez son maître et lui demanda la main de sa belle-sœur. A son étonnement et à sa grande douleur le maître le chassa grossièrement et l'envoya à l'hôpital.

Le malade apparaît comme un homme de taille moyenne, vigoureux, sans stigmates de dégénérescence. Le pouls est très lent, les artères accessibles sont rigides et visiblement sclérosées. Pas d'autres troubles importants des fonctions. Le malade a une attitude réservée, méfiante; il est souvent plongé dans une rêverie et évidemment occupé par des hallucinations. Plus tard il raconta qu'il entendait chaque nuit le baron parler de cette affaire. Ainsi il prétend l'avoir entendu dire à sa belle-sœur : « Epouse-le, uses-en tant que tu voudras, quitte à le renvoyer après. » Il s'aperçut aussi que la famille avait chargé quelqu'un de surveiller sa moralité.

Comme le malade se comportait d'une manière tranquille et rangée, qu'il convenait s'être couvert de ridicule et qu'il promettait de ne plus importuner le baron, il fut remis en liberté le 12 février 1878. Lorsque ce jour-là il voulut prendre ses effets laissés chez le baron, la baronne le suivit et voulut lui donner de l'argent pour qu'il puisse persévérer. Il entendit qu'elle le disait aux domestiques. Un tête-à-tête a été empêché par le baron. Plus tard encore il entendait par-ci par-là les gens parler de son affaire de mariage. Deux jeunes messieurs lui rirent au nez dans la rue en disant : « S'il l'épouse, il sera obligé de se faire son valet. » Quand il

chercha une nouvelle place, on ne voulait pas de lui et il entendait les gens dire : « On ne peut pas engager cet homme puisqu'il attend son mariage. » A l'occasion il entendait dire aussi que Resi lui offrait 1,000 florins. Ensuite il entendait la nuit le baron dire à sa femme : « Nous voudrions bien avoir de lui un enfant puisque c'est un joli garçon et qu'il a le corps blanc comme la neige. »

Le 10 avril les gens de la maison racontaient : « Le baron a dit qu'il veut lui préparer une grande joie : « S'il revient il aura sa main », et ensuite : « s'il n'accepte pas, je le dénonce aux autorités. »

Le 11 avril, S... crut apercevoir la baronne et sa sœur dans le Stadtpark. Arrivé près de son logement, il apprit par la conversation qu'avaient entre eux plusieurs cochers que ces dames l'avaient cherché.

Afin de ne froisser ni les dames ni le baron, il vint de nouveau chez celui-ci et déclara être disposé à épouser la baronne R... ou si l'on aimait mieux la sœur de celle-ci. Il serait prêt aussi à accepter les 1,000 florins qu'on lui avait offerts. Le baron le reçut fort dédaigneusement et accéléra la retraite du solliciteur en l'envoyant à travers l'escalier.

Profondément froissé, tout éperdu de douleur, le malade rentra chez lui, se mit au lit et fondit en larmes. Alors les agents de police l'arrêtèrent et l'amenèrent de nouveau à l'hôpital.

Il arriva d'un air embarrassé et pria qu'on laissât entrer la baronne si par hasard elle venait demander de ses nouvelles. Il apprit bientôt des gens de son entourage qu'elle était déjà venue. Il l'entendait aussi faire des reproches à son beau-frère parce que celui-ci l'avait mis à la porte. Le malade était tranquille, réglé en apparence, mais il était souvent préoccupé par des voix, surtout la nuit, alors il se levait souvent du lit, s'agenouillait et récitait des prières. Il considérait sa détention comme une chicane du baron qui lui avait juré vengeance et l'avait menacé de le poursuivre jusqu'à la mort s'il ne faisait pas amende honorable. Il entendait le baron dire à travers le « conduit » (expression pour l'audition des voix) : « Je fouillerai tout, je me démènerai tant et si bien que j'apprendrai quelque chose de préjudiciable sur lui, dût-il m'en coûter toute ma fortune. »

Par le « conduit » le malade apprenait tout ce qui se passait et ce qui se tramait dehors. On fit des enquêtes sur sa personne. L'inimitié du baron provenait de ce qu'il s'aperçut que son futur beau-frère était plus intelligent que lui, qu'il s'entendait très bien à l'agriculture, tandis que lui n'était qu'un agronome fort médiocre. D'autre part, il recevait aussi des nouvelles fort agréables par le « conduit », entre autres qu'il a été désigné pour être le général de la garde nationale, que l'empereur lui a donné un titre de noblesse et son consentement au mariage. La baronne aussi lui fit savoir qu'elle l'affectionnait et le priait de lui rester fidèle. Ensuite il entendait de nouveau parler d'un dédit qu'on lui payerait s'il renonçait au mariage.

Le 3 juin 1878, le malade a été transféré à l'asile des aliénés. Il était au commencement d'habitudes très régulières et on l'employait pour soigner les chevaux. Pendant ce temps il fut prévenu à plusieurs reprises par le conduit que la baronne viendrait le visiter. Aussi la vit-il plusieurs fois dans la basse-cour : elle donnait à manger aux poulets (illusion).

Après un court laps de temps le malade s'aperçut qu'il était l'objet d'attentions de la part des dames de la maison. Voilà que l'intrigue se mit en train par ces femmes. Elles le maltraitaient en lui donnant des rébus à résoudre, se mêlaient de son affaire d'amour avec la baronne et lui faisaient des propositions. On lui disait qu'il avait maintenant trois fiancées. Le malade devenait de jour en jour plus

confus par suite du grand nombre de ses hallucinations. Il recevait des nouvelles agréables sur le mariage et la dot et d'autres désagréables, des menaces de mort. Il éprouvait des douleurs terribles dans les régions dorsale et lombaire ainsi que dans les extrémités inférieures et entendait les femmes de la maison dire : « Nous le tourmenterons jusqu'à ce qu'il épouse une de nous. » Une nuit on lui mit une couronne sur la tête. Elle était chaude et pendant trois jours lui brûla la tête. Il en sentait son cerveau retourné.

La femme du cocher aussi était du complot. Un soir elle vint chez lui, à l'asile, avec son mari qui était déguisé en diable. Il sentait la main chaude de la femme du cocher. Il poussa un cri et fit le signe de la croix : tout disparut. Au cours de l'été, la femme d'un médecin lui a lancé à travers la fenêtre des reproches sexuels diffamants, entre autres elle l'aurait accusé d'être un étalon et d'abuser des juments et des vaches. Il avait encore d'autres symptômes d'agitation sexuelle : les femmes de la maison « l'ont malmené », dit-il, de telle sorte que son membre est devenu raide, que l'éjaculation s'est produite et qu'il a senti des douleurs dans le dos (masturbation). Les femmes lui ont aspiré à tel point sa nature qu'il peut à peine souffler. Son cerveau aussi a été comprimé. Il entendait une de ces femmes aboyer comme un chien. Une nuit elle vint le trouver en passant à travers le trou de ventilation. Il ne la voyait pas, mais il sentait son corps maigre. Elle lui demanda un baiser. Comme il la chassait, un tintamarre du diable se fit entendre, mais cessa aussitôt qu'il se mit à prier. C'était évidemment une tentation du diable qu'il prétend avoir vu plus tard en chair et en os.

Le lendemain il apprit par le « conduit » que la femme était morte et qu'elle le remerciait de ce qu'il l'avait délivrée. Depuis il n'entend plus que les voix des deux autres fiancées. Mais elles ne le laissent pas tranquille. Elles lui demandent sans cesse de les épouser.

Le 25 août 1879, le malade a été transféré à l'asile d'aliénés de son pays.

Observation XLIII. — *Paranoïa érotique (femme).* — Latzko Rose, quarante-cinq ans, veuve d'un employé, est née d'un père religieux, excentrique et psychopathe. La puberté s'est produite chez elle à l'âge de douze ans et sans aucun malaise ; les règles revenaient régulièrement. La malade n'a jamais conçu. Elle se maria à l'âge de seize ans; le mariage ne fut pas heureux. Elle prétend qu'à la suite d'un conflit de ménage elle n'adressa pas pendant quatre ans la parole à son mari. Après sept ans de ménage elle devint veuve. Elle vécut alors dans des conditions modestes mais bien rangées ; elle adopta deux enfants étrangers, une fille qu'elle appelait « son petit brillant » et un garçon qu'elle désignait sous le nom de « Cousin doré ».

La malade paraît une personne exaltée et originairement excentrique. De tout temps elle eut beaucoup de goût pour la poésie, la musique et le théâtre, mais pourtant n'embrassa pas la carrière théâtrale parce que la position de comédienne ne lui paraissait pas assez distinguée. Elle se peint elle-même comme une femme ayant le cœur très tendre, très romanesque, sensible au bon et au noble. Elle aurait été toujours bien portante, sauf quelques accès d'apoplexie (c'est-à-dire fluxions à la tête, syncopes), pour lesquels on lui aurait fait quelques saignées. Sur les autres détails de son naturel on n'a que très peu de renseignements. Des traces d'hystérie ne peuvent pas être décelées. La malade paraît avoir mené une vie convenable et retirée.

Il y a cinq ans elle fit dans le cercle de ses amis la connaissance d'un officier de grade supérieur. Il fit sur elle une profonde impression. Comme une fois il l'appela bonne et gentille femme (elle le prétend du moins), demanda plus tard de ses nou-

velles, lui faisait dire le bonjour, elle crut qu'elle aussi ne lui était point indifférente. Elle se rapprocha de lui, lui envoya sa photographie, son adresse, des cadeaux, lui écrivit des lettres. Tout revenait sans avoir été décacheté et dans la rue ce monsieur évitait soigneusement de la rencontrer. Elle en éprouva un profond chagrin et pourtant elle ne put vaincre son ardent amour pour son « sanctuaire ». Un jour elle remarqua que cependant son « sanctuaire » la désavouait publiquement ; il y avait dans le journal des annonces adressées à elle. Elle reconnut au style, à de petits riens, par exemple les initiales des deux noms, que les annonces venaient de lui, et elle acquit immédiatement la certitude que ces annonces lui étaient adressées (!).

Ainsi elle lut un jour : « Peux-tu songer à un cœur saignant qui ne peut guérir que par ton traitement? » Nouvelles tentatives de rapprochement, lettres, etc., dont le résultat fut une annonce peu polie dans le journal : « Que ne me laissez-vous tranquille! Pas de réponse est aussi une réponse. » Alors elle fit insérer : « Dans mon cœur il pourrait redevenir fort. » Il y eut de nouveau réponse grossière et enfin une réconciliation par « Myosotis ». Comme réponse à une nouvelle annonce : « Conserve-moi mon sanctuaire, ma lumière du ciel, » elle lut : « Je suis ici, je suis à Gratz. » La malade poursuit alors son « sanctuaire », le rencontre enfin dans une promenade. Au lieu d'un abord aimable elle entendit ce monsieur s'écrier : « Vache! » Alors elle s'évanouit de douleur. Ce qui est surprenant c'est que malgré tout elle reçut bientôt après des communications aimables par la voie du journal. Malgré l'affront elle se sentait entraînée à réagir, tellement elle l'aimait. Elle lui répondit avec la même amabilité par des lettres et écrivait entre autres : « Ma chambre est très petite et sans ornements, mais l'amour pour le sanctuaire la remplit complètement. » A sa grande douleur le sanctuaire ne faisait que passer devant la maison (illusion, c'est-à-dire confusion de personnes) sans y entrer jamais. Uu voyage d'affaires nécessita son absence temporaire. Quand elle rentra, ce monsieur était parti. Elle découvrit son nouveau domicile et fit un voyage pour le rejoindre. Nouvelles humiliations, nouveaux refus bien qu'elle lui eût donné toute son âme. Vivement chagrinée elle partit pour Budapest. A peine arrivée, elle trouva dans le journal cette annonce : « Prêt à tous les sacrifices pour amener réconciliation. » Elle revient, envoie un œillet avec ces mots : « Que le noble parfum de l'œillet comble l'abîme qui est entre nous! » De nouveau profonde humiliation et accès de syncope. Sur la dénonciation de ce monsieur, elle dut se justifier devant la police. On la congédia après l'avoir sermonée; elle résolut d'éviter l'infidèle. Bientôt après elle lit de nouveau dans le journal : « Je vous attends. » La malade, dit-on, a de nouveau en tenue décolletée poursuivi ce monsieur, elle lui aurait même envoyé des photographies obscènes. Voilà pourquoi on l'a mise à l'hôpital pour que son état mental fût observé. Là aussi les annonces du journal continuent. annonces telle que : « Heureux avenir, tout est déjà arrangé! » La malade se résigne au fait inévitable. Elle ne peut pas s'expliquer la double nature de l'homme ni sa tromperie. Malgré toutes les déconvenues, elle aime toujours avec enthousiasme son « sanctuaire » ! Elle est incapable de toute critique.

Les hallucinations manquent absolument dans le tableau morbide qui tourne uniquement autour des imaginations et des rapports illogiques entre les petites annonces et sa propre personnalité et qui se déroule exclusivement sur le terrain intellectuel. L'examen du corps ne fournit aucun indice pour expliquer ce cas.

La malade est une femme bien conservée. La mine, le regard, le maintien portent l'empreinte de la folie.

CHAPITRE IV

FOLIE PÉRIODIQUE[1]

Anciennement déjà on avait reconnu l'existence d'une aliénation mentale qui se manifeste par le retour d'accès périodiques. Cette forme d'aliénation indique qu'il y a dans l'organe psychique des changements qui reviennent périodiquement et toujours de la même façon et que de plus il est très prédisposé à subir ces transformations.

Selon toute probabilité, cette prédisposition en elle-même devrait être considérée comme une altération morbide et durable de l'organe psychique, analogue à celle qui suppose un « changement épileptique » du cerveau comme condition de la production des accès épileptiques. Entre autres, il y a surtout une circonstance qui vient à l'appui de cette manière de voir : c'est que même hors des périodes de paroxysmes, l'organe central ne fonctionne pas d'une façon normale, que par conséquent il est affecté d'une manière constante. C'est ainsi seulement qu'on peut s'expliquer que des influences extérieures insensibles ou très minimes, ordinairement des phénomènes fonctionnels intérieurs, et même des états physiologiques (puberté, menstruation, ménopause) suffisent en eux-mêmes pour faire naître la folie périodique ou en amener les accès. Quant à la nature anatomique des altérations cérébrales qui constituent la base de la folie périodique, nous avons aussi peu de données positives que sur celles qui sont la cause de l'épilepsie. Au point de vue purement fonctionnnel on peut supposer dans l'organe central un continuel équilibre instable qui temporairement est encore plus sensible et une accentuation de l'irritabilité ; sur la base de ces deux causes, des processus d'excitation intra-cérébrale ou périphérique provoquent l'accès par suite du retour périodique des excitations ou par suite de leur accumulation.

Nous n'avons que des hypothèses sur la nature des altérations cérébrales qui sont la base de l'accès même.

Dans un des cas de mélancolie périodique qu'il a observés, Neftel a noté comme cause de la mélancolie un spasme des vaisseaux vaso-moteurs de certaines régions corticales, spasme qui amena l'anémie, et il a, en par-

[1] Kirn, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 26. p. 373. — Le même, *Die period. Psychosen*, Stuttgart, 1878. — Mendel, *Die Manie*, p. 73.

tant de cette manière de voir, essayé la galvanisation du sympathique du cou qui dans ce cas fut couronnée de succès. Mais récemment Meynert a insisté sur la possibilité qu'il pourrait s'agir d'un changement dans l'innervation des vaso-moteurs. Cet auteur suppose que, dans la forme circulaire de l'aliénation périodique, il y a anémie cérébrale produite par crampe vaso-motrice pendant la phase mélancolique de la maladie et hyperhémie cérébrale par suite de la cessation de la crampe et afflux du sang pendant la phase maniaque. La folie circulaire devrait donc être considérée comme une névrose cérébrale vaso-motrice qui présente tantôt des troubles vaso-spasmodiques tantôt des troubles vaso-paralytiques.

Cette hypothèse demande à être confirmée par de longues et complètes recherches sphygmographiques. Les faits recueillis jusqu'ici montrent, il est vrai, une participation intense des nerf vaso-moteurs dans la maladie, mais les qualités du pouls spasmodique et du pouls paralytique ne correspondent pas complètement au point de vue du temps avec les états de mélancolie et de manie, de sorte qu'on a toute raison de supposer que les anomalies vaso-motrices qui sans doute ne manquent pas d'importance, ne sont pas les causes des troubles psychiques mais des phénomènes coordonnés à ces derniers. Il est aussi peu admissible de donner aux variations du poids de corps que Meyer a constatées dans la folie circulaire et que d'autres ont contestées, l'interprétation d'une tropho-névrose cérébrale.

Nous ne savons presque rien de positif non plus sur les excitations qui réveillent les paroxysmes ou les phases de la folie périodique, du moins nous n'avons guère de données à ce sujet pour les cas idiopathiques. L'étiologie repose sur l'organisation pathologique ou tarée du cerveau du malade dont l'accessibilité à l'irritation est si facile que des excitations intérieures ou extérieures qui seraient insignifiantes pour un cerveau normal, suffisent ici, comme pour le cerveau des épileptiques, à faire éclater les accès.

Autrefois, il ne faut pas remonter pour cela jusqu'à l'époque de Paracelse, mais un peu avant notre époque, on a cru touver la nature de ces excitations dans des influences atmosphériques (Reil, Spurzheim, Gall, Forster, Guislain), mais surtout sidérales (la lune : Friedreich, Carus, Koster).

Dans les cas d'origine périphérique (cas sympathiques) ce sont dans l'immense majorité des cas des processus d'excitation partant des nerfs utérins (processus de la menstruation et de la puberté) qui provoquent l'accès.

La psychiatrie est mieux renseignée sur l'étiologie, la marche et la symptomatologie de ces psychoses périodiques.

Morel est le premier qui ait nettement reconnu et apprécié leur signification clinique et pronostique en tant que phénomène dégénératif.

La grande majorité de ces malades est composée d'individus atteints d'une tare héréditaire. Ce n'est que rarement qu'on constate l'absence d'une prédisposition directe ou familiale, que la tare est acquise par des

maladies du cerveau du fœtus ou de l'enfant ou des anomalies du cerveau, notamment la microcéphalie ; mais il est encore plus rare que l'altération cérébrale se soit produite par suite d'un trauma capitis ou d'excès alcooliques.

Comme symptômes qui conviennent à toutes les formes de la folie périodique et qui les distinguent des formes non périodiques on peut établir les suivants :

1° L'accord typique des accès isolés en ce qui concerne leur évolution et leurs symptômes. Kirn, dans son excellente monographie, a de nouveau et avec raison mis au premier plan du diagnostic ce fait qui avait déjà été constaté par Falret (*Maladies mentales*, p. 458 et 462). Cette similitude stéréotypée des accès isolés s'étend même aux prodromes, à la nature et à la suite chronologique des symptômes.

Cet accord cependant ne s'étend pas sur toute la durée de la maladie qui, dans la plupart des cas, persiste pendant toute la vie du malade, ni sur la durée des accès isolés.

Quant au premier point il faut considérer que parfois la psychose périodique ne se développe qu'après des récidives réitérées d'une psychose qui ne correspond nullement au tableau de la psychose ultérieure (périodique) et que pendant une durée de plusieurs lustres elle varie dans ses manifestations, probablement sous l'influence d'altérations cérébrales secondaires, qu'elle devient par exemple plus grave, présente un plus grand nombre de symptômes de faiblesse psychique.

La coïncidence stéréotypée des accès n'est exacte que pour une longue phase de la maladie.

La durée des accès aussi varie souvent essentiellement, sans préjudice de leur similitude complète ; car, par suite des causes extérieures ou intérieures, ces accès peuvent avoir une marche abortive ou prolongée ; de plus avec la durée de la maladie ils se prolongent ordinairement et plus le retour d'un accès se fait attendre plus la marche de cet accès devient intense et prolongée.

2° L'ensemble de la personnalité est, au point de vue mimique et psychique, tout à fait autre pendant le paroxysme que pendant l'intervalle : il s'agit de deux personnalités différentes l'une de l'autre.

3° Il y a dans les intervalles des phénomènes plus ou moins distincts d'infirmité permanente du système nerveux central, de sorte que les accès isolés, analogues à ceux d'une fièvre intermittente ou à ceux d'une épilepsie ne représentent que des symptômes saillants et particulièrement marquants d'une maladie permanente.

Ces symptômes intervallaires sont multiples et individuellement très différents les uns des autres. Souvent ils représentent des phénomènes de tare fonctionnelle et apparaissent sous l'image de la constitution névropathique ou comme des phénomènes partiels de névroses considérées comme des tares (hystérie, neurasthénie, épilepsie), ou bien ce sont des symptômes qui sont la suite des altérations secondaires du cerveau produites par les accès réitérés (irritabilité, faiblesse psychique, notamment sur le terrain

psychique : apathie des sentiments), ou bien ce sont des traînards à la remorque d'un accès qui vient de finir (épuisement intellectuel), ou les précurseurs d'un accès imminent, ou bien les phénomènes d'un accès avorté.

4° Les psychoses périodiques réapparaissent à des espaces de temps à peu près égaux et souvent avec des conditions extérieures et intérieures toujours approximativement les mêmes. La durée des intervalles peut s'étendre à des semaines, à des mois et même à des années.

Cette loi n'est contrariée que par les causes extérieures qui accélèrent ou diffèrent le retour des accès.

5° Le tableau de la maladie consiste surtout en anomalies affectives, en troubles concernant le processus de la formation des images mentales et dans les actes morbides qui en résultent ; en même temps les troubles dans la nature des conceptions (idées délirantes) et les hallucinations manquent tout à fait, ou du moins ne se dessinent que faiblement. Dans le premier cas, quand il y a absence totale de ce genre de troubles, le tableau de la maladie a souvent l'aspect d'un état raisonnant, d'une sorte de moral insanity ou d'un état impulsif.

6° La durée moyenne des accès est en général plus courte que dans les cas où la maladie n'a pas une signification périodique.

7° Les paroxysmes de la folie périodique ont un court stade prodromique, atteignent rapidement l'acmé, persévèrent à cette hauteur avec des oscillations d'intensité relativement minimes, et tombent rapidement ; souvent même, ils ont une solution brusque.

Le diagnostic doit tenir compte de tous ces symptômes.

Comme il se base toujours sur la comparaison de plusieurs accès et sur l'observation du stade intervallaire, jamais un seul accès ne peut garantir la certitude du diagnostic ; il faut l'observation d'une période d'évolution de toute la maladie.

Le pronostic de la folie périodique est en général mauvais, ainsi que cela ressort de son étiologie. La terminaison se fait parfois par la guérison qu'on peut espérer plutôt dans les cas dus à des causes sympathiques accessibles à la thérapeutique, ensuite dans les accès qui portent plutôt le caractère du délire que celui de la psychose, qui, en outre, sont de courte durée, mais d'un retour fréquent. Dans la plupart des cas, la maladie aboutit à des états de faiblesse mentale consécutifs avec accès qui s'effacent peu à peu et qui se prolongent et se confondent, de sorte que finalement il se produit une aliénation continuelle avec défectuosités intellectuelles comme base.

La folie périodique peut se dérouler cliniquement sous forme de la psychose ou du délire, et, dans le premier cas, comme manie, mélancolie, vésanie, et, sous les deux formes, comme folie circulaire.

Au point de vue pathologique on peut, d'après le procédé de Kirn, distinguer des cas idiopathiques, c'est-à-dire d'origine centrale, et des cas sympathiques, c'est-à-dire produits par des processus d'excitation périphérique dans le cerveau.

I. — Folie périodique d'origine idiopathique.

Cette folie idiopathique périodique présente trois formes cliniques remarquables :

1° Des accès qui se déroulent sous les formes connues de la manie, de la mélancolie, ou en combinant ces deux formes, et généralement en choisissant la forme cliniquement plus légère de l'exaltation maniaque et de la mélancolie sans délire, quand les idées délirantes et les hallucinations ne se produisent qu'épisodiquement et qu'il n'y a pas de trouble profond de l'intelligence.

Ces accès, ainsi que Kirn l'a fait remarquer, se distinguent de ceux de la seconde catégorie, par le fait qu'ils ont besoin, pour se produire, d'un laps de temps plus long, dans la plupart des cas plusieurs mois.

2° Des accès qui ne se déroulent pas sous l'image d'une psychose empirique qu'on puisse classer dans un système, mais avec le caractère du délire. Ils vont en outre avec un trouble plus profond de l'intelligence et présentent une marche suraiguë ou aiguë qui dure plusieurs jours, tout au plus plusieurs semaines. Leur apparition et leur résolution sont en outre de beaucoup plus brusques que dans le groupe précédent.

3° Accès sous forme d'instincts morbides.

4° Folie périodique idiopathique sous forme de psychonévrose.

Elle apparaît, du moins dans la pratique des asiles d'aliénés, le plus souvent comme une aliénation maniaque, plus rarement comme une folie circulaire ou mélancolique, et plus rarement encore sous forme de vésanie. La durée des accès s'étend à des mois dans la plupart des cas. Elle varie selon les conditions extérieures et intérieures.

Il y a aussi des accès abortifs. Le retour des accès a lieu au bout de quelques mois, et parfois même après des années.

Le tableau de la maladie se présente de préférence sous la forme cliniquement plus bénigne d'un trouble émotif et d'un trouble dans la formation des conceptions et prend souvent le caractère raisonnant.

A. — Manie périodique

Contrairement aux observations d'autres auteurs (Spielmann, Schüle. Kirn), d'après lesquels un stade mélancolique constitue le prodrome de l'accès, je dois maintenir l'origine primaire des accès d'aliénation maniaque périodique, du moins en ce qui concerne mes observations à l'asile.

Il peut y avoir des cas où le premier accès et même les accès suivants de la maladie présentent comme prélude un état mélancolique, mais il est certain que cet état disparaît très tôt.

D'ailleurs, tout dépend de cette question : Qu'est-ce qu'il faut entendre par stade prodromique mélancolique ?

Le sentiment de dépression, d'oppression de l'accès en imminence ne doit pas être interprété dans le sens de la mélancolie, pas plus que l'indisposition psychique et la sensation de trouble général, qui se manifestent aussi dans le stade d'incubation des maladies infectieuses aiguës; cette interprétation ne peut être acceptée, même quand de l'irritation et de l'angoisse s'y ajoutent (Witkowsky).

Les manies périodiques que j'ai observées personnellement, ont, il est vrai, un stade précurseur, mais ce stade ressemble plutôt à un aura qu'aux prodromes d'une psychose. Les symptômes précurseurs appartiennent en partie à la sphère vaso-motrice (fluxion, battements de cœur, vertiges), en partie à la sphère sensible (névralgies, myodynies, malaises paralgiques, maux de tête), en partie à la sphère psychique (augmentation de l'excitabilité morale), en partie à la sphère du nerf vague (troubles gastriques); ou bien ils se manifestent aussi par de l'insomnie, par un malaise général, qui pourraient aussi bien servir de prodromes à une maladie infectieuse grave qu'à une psychose.

L'explosion de la manie est assez brusque. Le tableau clinique est celui d'une exaltation maniaque, mais à base dégénérative, ayant ordinairement un caractère raisonnant très prononcé, souvent aussi ayant les allures d'une moral insanity avec prédominance du delirium actionis qui, alors, a souvent un caractère impulsif et généralement immoral.

Parmi les troubles émotifs, l'irritabilité d'humeur très accentuée occupe le premier rang, et par ce fait la manie apparaît sous l'image d'un état d'esprit irritable.

Avec la disparition des troubles dans la nature des conceptions avec le cachet raisonnant, souvent immoral et impulsif de l'ensemble du tableau, la conduite du malade peut se poser comme un cas de perversité, quand on se contente de juger seulement les actes au lieu d'apprécier l'ensemble de la personnalité et de la maladie ainsi que son caractère intermittent. Cela arrive surtout dans les cas fréquents où le délire impulsif occupe le premier plan et se manifeste comme impulsion à commettre des excès sexuels, à voler la propriété d'autrui, à boire, à incendier, à vagabonder, etc.

L'ensemble de la folie maniaque n'est souvent nettement reconnaissable que dans les exacerbations du tableau morbide.

L'humeur gaie est refoulée au second plan pour faire place à l'humeur irritable. Cette dernière se manifeste par de la susceptibilité, un penchant à l'intrigue et aux querelles. Alors un trait constant chez les individus féminins et qui est dû à l'agitation sexuelle, c'est le penchant à suspecter et à diffamer sexuellement l'entourage féminin. L'exaltation des conceptions donne à ces malades beaucoup d'à-propos et les rend capables de raillerie, d'ironie et de persiflage.

Le tableau morbide se maintient ordinairement à ce degré. Episodiquement des délires émotifs (émotions pathologiques) ou aussi des explosions de folie furieuse avec idées délirantes et hallucinations peuvent se produire par suite d'excès alcooliques, du refrènement de désirs excessifs, par

suite d'émotions de colère qui éclatent très facilement, étant donnée la grande émotivité de l'individu.

Kirn a eu le mérite de décrire les troubles des fonctions somatiques qui accompagnent cet état. Ils appartiennent en majorité à la sphère du système nerveux et consistent en troubles vaso-moteurs tels que battements de cœur, fluxions vers le cerveau avec pouls carotidien mou et plein (paralysie vasculaire), alternant avec des phénomènes de spasme vaso-moteur, de la pâleur, un sentiment de froid, notamment aux extrémités, ensuite en troubles sécrétoires (salivation, augmentation de la sécrétion de l'urine et de la sueur), en troubles moteurs (changement dans l'innervation de l'iris, myosis, mydriasis, nystagmus), en symptômes venant du nerf vague (anorexie, polydipsie, parfois polyphagie). Ces troubles sont individuellement très variés, mais dans les cas isolés les symptômes qui conviennent à chacun reviennent aussi typiquement que les symptômes psychiques. Le sommeil est troublé et ne dure que peu d'heures. Même quand le malade prend une riche et abondante nourriture, la nutrition baisse considérablement et reste très inférieure en comparaison du poids du corps pendant l'état intervallaire. La baisse de poids au début et la reprise de l'augmentation de poids après la cessation du paroxysme se font très rapidement.

D'ordinaire le paroxysme disparaît presque aussi rapidement qu'il est apparu ; cela se fait dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours.

Lorsque l'intensité et la durée de l'accès sont considérables, il reste un stade d'épuisement qui peut avoir encore une nuance maniaque (allures de moria) qui dure des journées et des semaines et qui mène à l'état intervallaire. Parfois ce stade d'épuisement prend la forme plus grave de la stupeur. La conscience du malade qu'il a eu un accès ou qu'il est maintenant entravé au point de vue intellectuel, peut donner à ce stade terminal un caractère douloureux sans qu'on doive conclure à un stade terminal mélancolique. Je n'ai jamais observé cela.

Dans la forme bénigne et de plus courte durée des accès périodiques, le stade d'épuisement postmaniaque est loin d'être aussi intense et durable qu'au lendemain d'une simple mélancolie.

Dans l'état intervallaire, même après un petit nombre d'accès, il se montre déjà des déviations durables de l'état psychique normal, car une grande irritabilité d'humeur et l'imbécillité apparaissent. Des malaises nerveux multiples, semblables à ceux qu'on observe dans le paroxysme, le retour épisodique d'un complexus symptomatique ayant les allures de l'aura (qu'on pourrait peut-être interpréter comme des accès abortifs), l'intolérance pour l'alcool, fournissent la preuve que même pendant la période intervallaire le cerveau n'est pas sain.

Un premier accès de folie maniaque a-t-il ou non la signification d'une manie périodique ? Voilà une question à laquelle on ne peut répondre avec certitude. On peut conclure avec quelque probabilité d'après les symptômes suivants : explosion rapide et brusque avec des symptômes névrotiques sous forme d'aura, maintien du trouble au niveau d'une

exaltation maniaque durant une semaine environ sans passer à l'état de folie furieuse, tandis que dans la folie furieuse ordinaire, c'est-à-dire non périodique, l'exaltation maniaque ne représente qu'un court stade de transition vers l'apogée de la maladie ; de plus il y a la nature raisonnante du délire avec prédominance de la dépression irritable, avec un notable delirium actionis, des actes impulsifs (manie de collectionner, etc.), avec troubles des fonctions somatiques (névrotiques, gastriques) très prononcés. En faveur de la manie périodique on note encore la durée de l'accès plus courte que dans la manie ordinaire de même qu'une élévation plus rapide vers l'acmé, une plus courte durée de ce dernier et une plus courte durée du stade d'épuisement postmaniaque. Vient encore la baisse d'une rapidité surprenante de l'agitation ainsi que l'existence des anomalies névrotiques et psychiques (intervallaires) après que l'accès est passé.

Le pronostic de cette forme de la folie périodique, comme en général celui de la folie périodique à caractère de psychose avec accès de longue durée, est défavorable. Dans les meilleurs cas et avec des conditions favorables les accès ne se produisent pas pendant des années. Je n'ai jamais pu constater une guérison.

La thérapeutique n'est pas impuissante en présence des accès isolés. A côté des indications générales, semblables à celles de l'aliénation maniaque en général, le traitement abortif à l'aide de grosses doses (0,03) ou de petites doses souvent réitérées de morphine par la méthode sous-cutanée, a souvent donné des succès, mais toujours à condition qu'il entre en action dès que les premiers symptômes précurseurs de l'accès imminent se manifestent. Si l'accès est déjà complètement développé, le traitement abortif arrive trop tard, car l'accès, sans être atteint par les phénomènes extérieurs, se déroule en suivant des lois immanentes. Mais alors l'effet de la morphine atténue l'intensité, notamment dans les cas de manie irritable, qui éclate continuellement en émotions et qui est accompagnée d'une poussée d'idées douloureuses.

Les antitypiques (arsenic et quinine) si efficaces dans les névroses à base d'infection malarienne, restent sans aucun effet dans la folie périodique à base dégénérative. Je n'ai jamais vu non plus les sels de brome donner des succès notables dans cette forme de folie maniaque, tandis que Kohn (*Archiv. f. Psych.*. XI fasc. 3) a constaté un effet abortif produit par 4 à 6 grammes de bromure de potassium chez une femme. Mendel (*op. cit.*) a, dans un cas, obtenu une suppression durable des accès à l'aide d'injections d'ergotine.

Observation XLIV. *Manie périodique à longue durée et à longs intervalles.* — Krainz, employé de commerce, célibataire, trente et un ans, est né d'une mère psychopathe. Sa plus jeune sœur eut des convulsions. Le malade était bien doué, facilement émotif, d'une vie très rangée. En 1861 (puberté ?) ainsi qu'en 1873 il eut des accès maniaques d'une durée de plusieurs mois.

Le 24 novembre 1873, il tomba de nouveau malade, sans aucune cause appréciable. L'insomnie, la poussée des idées, l'inconstance, la loquacité, l'afflux du sang

vers la tête furent les premiers symptômes. Lors de son entrée à l'asile, le malade était à l'acmé d'une agitation maniaque. Il avait perdu le sommeil, était inconstant, bavard jusqu'à la confusion, gai, espiègle, avec un haut sentiment de sa propre valeur ; il se plaignait que ses mérites comme fonctionnaire n'étaient pas assez appréciés, s'occupait de toutes sortes de bimbeloteries qu'il avait apportées avec lui et qu'il croyait être d'une grande valeur ; il faisait sans cesse des phrases ronflantes et boursouflées d'allemand littéraire, récitait des poésies, improvisait des discours, avait la manie d'écrire en employant même le plancher, les murs, ses cols de chemise, etc., quand il n'avait plus de papier.

Il se croyait un grand chanteur, essayait souvent sa voix « métallique », était infatigable pour débiter des impromptus drôles, de mauvais mots, etc. On ne put constater ni hallucinations, ni idées délirantes fixes. L'intelligence ne montrait aucun trouble profond. Le malade savait toujours excuser et motiver d'une manière très habile son delirium actionis (folie raisonnante). Vers la fin du mois de décembre son état arriva passagèrement à la hauteur de la folie furieuse (avalanche des idées, confusion, impulsions motrices et destructives.)

Au point de vue physique on n'a trouvé chez lui aucun stigmate de dégénérescence, ni anomalies craniennes. Par suite de parésie du nerf abducteur droit il y avait du strabisme convergent avec diplopie épisodique. L'ophtalmoscope a permis de constater un commencement de staphylome postérieur de l'œil droit.

La sphère sexuelle est restée sans participation au tableau morbide. Il n'y avait ni troubles végétatifs, ni fluxions. Le pouls variait souvent dans sa fréquence et était la plupart du temps au-dessus de 100. A la suite d'un traitement par la digitale, les bains et les injections de morphine, la maladie arriva au cours du mois de février 1874 au niveau d'une légère exaltation maniaque avec impulsion à collectionner. Alors survint un état intellectuel moyen qui dura deux mois et dont le malade est sorti sans aucune défectuosité.

Le 20 mai 1875 il tomba de nouveau malade sans avoir eu de prodromes mélancoliques. A son entrée à l'asile, il est le même qu'il fut lors du premier accès. Il se démène, est d'humeur gaie, salue avec jovialité les médecins et les gens qu'il connaît; il se présente comme fonctionnaire d'une compagnie d'assurance impériale et royale, montre un petit aimant en fer à cheval comme le moyen mystérieux avec lequel on peut établir la symétrie pour appartenir à la religion à laquelle il a donné sa foi. Les détails et la marche de cet accès sont semblables à ceux de l'accès précédent, seulement le caractère se manifeste plus nettement et le stade d'épuisement consécutif a plutôt le cachet d'une moria (jeux puérils avec de la bimbeloterie, ineptie, inconséquence, etc.).

Au mois de décembre 1875 l'accès est passé, mais il laisse derrière lui une faiblesse psychique durable bien que peu intense, faiblesse dont le malade s'aperçoit lui-même et qui le décide à renoncer à son métier.

Vers Noël de 1877 il eut un nouvel accès qui s'annonça par une baisse rapide de la nutrition, de l'insomnie, de la sensibilité à la lumière et au bruit, une poussée des idées et par l'irritabilité, et qui suit la même marche que les accès précédents. Vers la fin de 1878, résolution prompte.

Le malade reste épuisé jusqu'à la fin juin ; las, sommeil fréquent ; ensuite retour du statu quo ante.

Observation XLV. *Manie périodique à courte durée avec accès nombreux et courts intervalles.* — Suess, dix-neuf ans, tailleur, reçu le 30 novembre 1879, est né d'un père maladif et faible. Le père de celui-ci était porté aux accès de colère violente. Le malade aussi est d'un caractère violent, mal doué au point de vue intellectuel ; il a

eu un ébranlement du cerveau à l'âge de trois ans par suite d'une chute de voiture et à l'âge de douze ans par une branche d'arbre qui lui tomba sur la tête. Quelque temps après le second accident, il resta pendant quelques jours déprimé, silencieux, triste, ensuite il passa à un état d'exaltation maniaque qui dura deux mois. Ensuite il fut bien portant, se développant physiquement d'une manière satisfaisante. En 1879 il se livrait depuis le printemps à de nombreux excès alcooliques. Vers la fin du mois de juillet il devenait déprimé, avare de paroles, somnolent; il se plaignait souvent de vertige. Au commencement du mois de novembre il y eut un retour brusque à la manie : inconstance, loquacité, excès alcooliques.

La nuit le malade voit toutes sortes de choses bizarres (figures comiques, animaux). Ces fantômes, qui peut-être sont d'origine alcoolique, ne sont plus observés plus tard pendant son séjour à l'asile. Lors de son entrée à l'asile, il est en état d'exaltation maniaque, inconstant, bavard, plein de désirs et de convoitises, gai, espiègle, avec une haute idée de sa personne. Pendant des heures et même des journées le tableau morbide s'élève à la hauteur de la folie furieuse (impulsion motrice, destruction des objets, barbouillage, promenade tout nu, avalanche des idées), en même temps qu'il y a de légers phénomènes congestifs.

Le 10 décembre le malade devient tout d'un coup calme, rangé, et présente encore pendant quelques jours de légers symptômes d'épuisement.

On observe de nouveaux accès qui coïncident d'une manière typique, du 24 décembre 1879 au 5 janvier 1880, du 12 janvier au 23 janvier, du 31 janvier au 13 février, du 6 mars au 12 juin 1880 (traitement par la morphine).

Comme prodromes on constate : vertiges, mal de tête, langue sale, troubles de la mimique, sommeil mauvais, rêves anxieux, congestion facile, œil brillant, accélération et confusion dans la marche des pensées ; le malade compare ce stade prodromique à un état d'ivresse. Après une durée de plusieurs heures et même d'une journée l'exaltation maniaque se développe. Le malade devient inconstant, loquace, gai, exigeant, irritable, querelleur; il perd le sommeil, il fait toutes sortes de farces : par exemple, il vide les crachoirs, les brocs d'eau. En vingt-quatre heures, l'état s'élève à la hauteur de la folie furieuse : le malade chante, pousse des cris joyeux, danse, saute, déchire, fouille dans la paille, se barbouille; il a une avalanche d'idées, une mine confuse et, comme s'il était en état d'ivresse, de la congestion, de l'augmentation de la fréquence du pouls allant jusqu'à 100 pulsations.

Les bains avec compresses, les emmaillotements ont un effet calmant et hypnotique. La maladie redescend rapidement au degré de l'exaltation maniaque. Le malade sait excuser par des raisonnements ses excès frénétiques; il reste d'une gaieté exubérante, pleine de drôlerie, continuellement joyeux. Dans la baisse rapide de l'agitation il apparaît calme, pâle, avec un besoin de sommeil et de nourriture, las et déprimé. Au bout de quelques jours ces symptômes d'épuisement disparaissent.

Dans les intervalles, le malade est tranquille, rangé, laborieux, mais irascible. Le souvenir des phénomènes de l'accès est sommaire. Les excès de la folie furieuse sont motivés par une impulsion intérieure et par des sensations de plaisir.

La médication par le bromure de potassium (jusqu'à 8 grammes par jour) est restée infructueuse. Les injectinos de morphine (jusqu'à 0,015, deux fois par jour) ont produit, et le malade lui-même l'a ressenti, un effet salutaire. Objectivement ces injections ont prouvé qu'elles atténuent et abrègent l'accès. Celui-ci se maintenait essentiellement au niveau de l'exaltation maniaque, présentait une élévation plus lente vers l'acmé et une durée plus courte de cet état culminant. Comme depuis mars aucun accès ne s'est plus produit, le malade a été renvoyé le 30 juillet 1880.

Il n'a pas eu d'accès jusqu'en 1882; alors il entra au régiment et eut de nouveau l'occasion de boire.

A partir de juin 1882 s'est produite une nouvelle série d'accès semblables aux précédents. (Juin 1882 jusqu'au 2 juillet, du 21 juillet jusqu'au 31 juillet, du 23 août jusqu'au ?...)

B. — Mélancolie périodique [1].

On rencontre la forme mélancolique de la folie périodique beaucoup plus rarement que la forme maniaque. Il serait évidemment risqué de vouloir déterminer la proportion en chiffres des deux formes de la maladie, car évidemment de nombreux cas de mélancolie périodique se déroulent d'une manière si bénigne qu'on n'a pas recours à l'intervention du médecin. Ceci explique dans tous les cas la grande rareté de la mélancolie périodique dans la pratique des asiles. Sur treize cas de cette catégorie que j'ai pu personnellement observer (sept concernaient des hommes), il n'y en eut que quatre qui séjournèrent à l'asile d'aliénés, cas graves avec idées délirantes et hallucinations. Les idées délirantes roulaient toutes sur un abaissement de l'opinion de soi-même. Il y avait une violente angoisse précordiale avec dégoût de la vie et qui menait à de fréquentes tentatives de suicides.

Les cas plus légers de la pratique privée ne dépassent pas le tableau d'une mélancolie sans délire. De même que dans la phase mélancolique de la folie circulaire, dans la mélancolie périodique (sine delirio) prédominent les phénomènes d'entrave et de douleur psychique spontanée. Ces phénomènes roulent de préférence sur la conviction douloureuse que le cours des idées et la volonté sont entravés de même que les sentiments, c'est-à-dire que l'image mentale des sentiments n'a plus de tonalité (anesthésie psychique). Le malade se livre à une réflexion douloureuse sur cette absence de certaines de ses sensations ordinaires et arrive à douter s'il doit encore se compter parmi les êtres humains.

Dans tous les cas de mélancolie périodique, des symptômes somatiques prononcés accompagnent la maladie psychique : insomnie, mal de tête, vertiges, artères contractées violemment avec pouls ordinairement fréquent, anorexie, malaises gastriques, baisse rapide de la nutrition, cessation des règles, paralysies, états neurasthéniques, et par suite troubles des fonctions sensitives, vaso-motrices, trophiques, comme phénomènes intégrants de l'ensemble du tableau physiologique. Une fois j'ai observé un herpès zoster dans la région du nerf susorbitaire gauche. Le début de l'accès s'accompagne souvent de malaises gastriques et la résolution se produit toujours brusquement. La durée des accès peut aller à six semaines et même à plusieurs mois. Je n'ai jamais pu constater de stade maniaque précurseur et consécutif (Kirn).

[1] Neftel, *Centralblatt f. die med. Wissenschaften*, 1875, n° 22 et *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 33, p. 91. — Tigges, *Irrenfreund*, 1870. p. 17. — Kirn, *Op. cit.*, p. 52. — Spielmann. *Op. cit.*, p. 332. qui compte aussi dans cette catégorie une partie des dipsomanes. — Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 477.

Dans tous mes cas il y avait une lourde tare ordinairement héréditaire. Le pronostic est défavorable. Jamais la guérison, c'est-à-dire la suppression des accès pour plusieurs années, n'a pu être obtenue. Il semble qu'avec l'âge les accès se prolongent sans devenir pour cela plus graves. Dans plusieurs cas des phénomènes de faiblesse psychique se sont présentés très tôt et l'on a pu aussi dans les intervalles constater une légère dépression psychique. Je n'ai obtenu qu'un succès symptomatique avec l'opium et la morphine mais jamais d'effet abortif et généralement la maladie n'a pas été abrégée.

Observation XLVI. *Mélancolie périodique.* — Mme Danisch, trente-cinq ans, mariée, est issue du côté maternel d'une famille tarée; le frère de la mère était aliéné, la mère était névropathe, aliénée vers la fin de ses jours. Les frères et les sœurs de la malade souffrent tous de névropathies ; une sœur est devenue malade physiquement pendant le puerperium. La malade était névropathe, a eu à l'âge de quatre ans une encéphalite, mais s'est bien développée, était gaie, sociable et intellectuellement bien douée. A l'âge de dix-huit ans elle s'est mariée. Dans les premiers temps du mariage, la malade souffrit du coït par suite de vaginisme. Elle accoucha sans accident 6 fois (1867, 1869 février, 1870 mars, 1871 mai, 1873, 1876 juin, 1877 octobre).

Après les secondes couches la malade allaitant seule son enfant, s'est produit, censément à la suite d'une émotion (mort de sa sœur, la cinquième semaine après l'accouchement), le premier accès de mélancolie qui a duré cinq mois, jusqu'au début de la grossesse suivante. Cet accès n'eut aucune connexité avec le premier retour des règles. D'autres causes que celle dont il vient d'être fait mention, n'ont pu être découvertes; la situation conjugale et sociale était des plus favorables.

On a observé d'autres accès qui, selon l'assertion de la malade, étaient typiquement toujours les mêmes et ne différaient que par l'intensité et la durée : en 1870 de mars à septembre, en 1871 de mars à août, en 1872 d'avril à août, en 1873 de mars à août, en 1874 de septembre à juillet 1875, en 1875 de septembre à avril 1876, en 1876 de septembre à mai, en 1877 de septembre à avril, en 1878 d'octobre à avril, en 1879 d'octobre jusqu'en mars 1881.

J'ai fait la connaissance de la malade en 1880, alors que, inquiétée de la longue durée de l'accès qu'elle venait d'avoir, elle me consulta.

Les accès commencent brusquement, au milieu d'un parfait état intellectuel et physique. Les premiers symptômes sont : violente excitation sexuelle qui dans l'intervalle n'existe jamais, avec impulsion pénible à la masturbation ; ensuite manque d'appétit, insomnie, battements de cœur. Bientôt et rapidement se produit une profonde entrave intellectuelle et de la dépression. La malade se sent indifférente à tout, ne trouve plaisir à rien, malheureuse, ennuyée. Elle sent la vie comme un fardeau pesant, éprouve avec chagrin le sentiment qu'elle est devenue indifférente à ses devoirs de mère et de femme de ménage. Mais elle est incapable aussi de les remplir. Elle est sans énergie, sans courage, incapable de n'importe quel ouvrage, lasse, abattue, épuisée, surtout le matin, comme si elle avait passé une nuit d'escapades. Elle a le plein et désespérant sentiment de sa maladie et de son incapacité intellectuelle. Durant des mois entiers le sommeil la fuit, et c'est avec l'hydrate de chloral qu'elle en obtient; elle est tourmentée par l'idée que cette fois elle ne recouvrera plus la santé et appelle de ses vœux la mort comme une délivrance. Occasionnellement des explosions réactives de désespoir se produisent et se terminent par une crise de larmes.

Elle est sans appétit et obligée de se forcer à manger; elle se sent immédiatement

rassasiée, éprouve une sécheresse tourmentante dans le gosier. Les selles sont rares, les menstrues régulières, mais faibles. La malade souffre presque constamment d'une pression torturante à l'occiput, d'engourdissement des mains, de pression aux pieds, qui sont comme pris dans un cerceau, de douleurs le long de la surface interne des cuisses.

Brusquement, l'état pénible disparait. Elle retrouve le sommeil, l'appétit, la joie de vivre ; elle se sent très heureuse, sans cependant qu'on puisse considérer comme un stade maniaque consécutif ce sentiment de délivrance ; du moins, cet état de revirement n'apparaît comme tel ni à la dame. très intelligente ailleurs, ni à sa famille. Alors le poids du corps qui, au début de l'accès, baisse rapidement, et reste pendant la durée de l'accès de 59 à 61 kilogrammes, augmente rapidement et revient à son chiffre normal (environ 70 kilogr.). Pendant les intervalles, la malade se porte bien physiquement et psychiquement ; seulement, par moments, elle est troublée par l'idée que tôt ou tard l'accident fatal se reproduira de nouveau.

Le dernier accès qui, d'après une communication par lettre, ne s'est terminé que fin mars 1881, a été prolongé par le fait que, à l'époque de la fin présumée de l'accès, arriva la mort de son père (avril 1880) et celle d'autres membres de la famille, et puis d'autres émotions.

La malade est de taille moyenne; pas de stigmates de dégénérescence ; pas de maladies des organes végétatifs. Quand, au mois de décembre 1880, je l'examinai, le turgor vitalis était très abaissé, le pouls radial et carotidien était très petit, facile à supprimer. La malade paraissait bien dix années plus que son âge. Ses traits nerveux et déprimés accusaient son pénible état moral.

La langue était nette, mais elle dit que par moments elle était saburrale. Il n'y avait pas de symptômes d'anémie. L'examen gynécologique n'a donné que des constatations négatives. La malade, ainsi que cela se comprend, a tout essayé. L'intervention gynécologique (à cause de la névrose génitale), l'hydrothérapie, une cure à Franzensbad firent empirer le mal; la quinine, l'arsenic, l'atropine, l'opium, le bromure de potassium ne servirent à rien. Seuls les bains tièdes eurent une action calmante et parfois aussi hypnotique. Elle se sentit mieux encore du repos et d'un séjour à la campagne. Elle n'a jamais été dans un asile d'aliénés.

C. — Folie périodique

La folie à retours périodiques est un phénomène très rare, si l'on fait abstraction des cas menstruels et de l'aliénation idiopathique périodique à forme délirante, qui a une signification surtout symptomatique et à laquelle le trouble profond de l'intelligence qui va jusqu'à l'abolition des perceptions du monde extérieur, ainsi que l'amnésie pour la durée de l'accès, donnent un cachet clinique spécial.

Mendel (*Zeitsch. f. Psych.*, XLIV, fasc. 6) a rapporté trois cas de folie périodique. Le tableau clinique et la comparaison de l'accès isolé ne présentent aucune différence avec les cas de folie non périodique, de sorte que seule la marche totale et surtout le retour des accès typiquement similaires à des intervalles approximativement égaux permettent d'établir le diagnostic.

Observation XLVII. — Mme H..., cinquante-quatre ans, femme de fonctionnaire, de tout temps irritable, nerveuse, d'un esprit borné, née d'une famille qui serait

sans tare; accoucha en 1868 et en 1870. Depuis un an, elle est à la ménopause (règles irrégulières, qui souvent ne viennent pas pendant des mois entiers; commencement d'obésité, chaleurs à la tête, grande nervosité, émotivité, irritabilité morale). Au mois de septembre et d'octobre 1883, elle eut beaucoup de contrariétés à cause du mauvais résultat des études de ses fils et à cause d'affaires de famille très ennuyeuses.

Le 10 novembre 1883, elle se trouva très mal, avec de violents maux de tête; elle était agitée, irritée, se plaignait d'être négligée par son mari, menaçait de quitter la maison, était inconstante, s'alarmait facilement; dans la nuit du 10 au 11, elle n'eut pas de sommeil, s'aperçut qu'il y avait du poison dans les médicaments, accusa le médecin et son mari d'être des empoisonneurs, brisa une lampe qu'elle disait être empoisonnée, essaya de s'enfuir, devint agressive contre les gens de sa famille; il fut impossible de la garder à la maison.

Le 18 novembre, elle vint délirante et confuse à la clinique où elle méconnut son entourage dans un sens hostile; elle se croyait chez elle, était très anxieuse, croyait qu'on l'empoisonnait, se plaignait de puanteurs, demandait qu'on fît venir l'empereur qui devait la protéger contre son mari et son fils, deux distillateurs de poison qu'on devrait brûler vifs. Son fils est un mauvais sujet; il fait du tapage avec l'électricité, lui fait passer des éclairs; tout pue, tout est empoisonné, rempli d'électricité. Elle mourra subitement; elle est invitée chez l'empereur. Le délire devient de plus en plus décousu. Insomnie, refus de nourriture. Le pouls monte jusqu'à 12°; jamais de fièvre. Pas de fluxions, pas de maladies des organes végétatifs. On prescrit des bains, des injections de morphine. Au commencement du mois de novembre, l'intelligence s'éclaircit. La malade avoue qu'elle a dû être troublée; elle se rappelle fidèlement les incidents de sa maladie; elle est très épuisée psychiquement, mais se remet rapidement, ayant bon appétit et bon sommeil. On la renvoie guérie le 26 décembre 1883.

Deuxième entrée à l'asile, le 18 février 1885. La malade était restée bien portante et avait eu jusqu'au mois d'octobre 1884 par-ci par-là ses règles; elle se sentait bien et parlait sans gêne de la maladie qu'elle avait traversée.

Au commencement du mois de février 1885, elle devint un peu plus sensible, plus irritable, parce qu'un de ses fils ne faisait pas des progrès satisfaisants dans ses études. Le 14 février, elle fut effrayée la nuit par un bruit d'incendie; le 15, une bourrasque troubla son sommeil.

Le 17, elle perdit l'appétit, elle devint silencieuse et distraite en jouant aux cartes.

Le 18, après avoir passé une mauvaise nuit, la malade devint inquiète, anxieuse; elle demanda à partir pour une ville voisine, chez ses parents. Son mari l'accompagna dans ce voyage. En route, à une station où l'on changea de wagon, elle se mit à délirer; sur le perron de la gare, elle s'adressa au gendarme en lui demandant d'arrêter son mari, qu'il portait du poison et de la dynamite sur lui, qu'il l'avait empoisonnée déjà une fois. On peut voir les traces du poison sur ses mains. Elle demande qu'on la dissèque immédiatement, afin que la culpabilité de son mari soit prouvée.

Le 18 février 1885, reçue pour la seconde fois à la clinique, la malade est délirante, agitée, déclare que son mari est un empoisonneur, et son fils un incendiaire. On veut l'empoisonner, la brûler; il faut que l'évêque vienne; elle veut se confesser et faire son testament. Ici tout est hanté, tout est empoisonné. Il faut entourer la maison d'un cordon de troupes. Refus de nourriture; elle ne se laisse pas toucher par peur du poison; la nuit, elle a une soif intense; le gaz d'éclairage doit être empoisonné.

L'eau sent mauvais et a un mauvais goût. La malade n'a pas de sommeil, bouleversée, hostile; elle a peur qu'on la fasse sauter en l'air avec un explosif. Vers le 16 mars, la psychose se résout. Le 21 mars, le mari emmène de la clinique la malade qu'on considère comme guérie. Elle garde une allure normale et se sent bien jusqu'au 10 mars 1886, quand, tout d'un coup, et sans aucune cause appréciable, elle retombe malade exactement dans les mêmes conditions que précédemment.

A la clinique, la folie hallucinatoire se déroule absolument de la même façon que les deux premières fois. Fin avril 1886, résolution rapide. Bien portante jusqu'au 18 mai 1887. Nouvel accès typique et semblable aux autres, durant jusqu'au 10 mai.

Cinquième accès, du 18 novembre 1887 jusqu'à fin janvier 1888.

Sixième accès, du 11 février jusqu'au commencement de mars 1888.

Septième accès, de fin mars jusqu'au 15 avril 1888.

Huitième accès, du 25 août 1888 jusqu'à fin septembre.

Neuvième accès, du 15 novembre jusqu'au 15 décembre 1888.

Depuis que les accès se produisent plus fréquemment, c'est-à-dire à partir du 5, il se produit une faiblesse psychique rapidement croissante. Les accès sont comme auparavant typiques et similaires, mais les derniers sont nuancés par une grande confusion et par de nombreuses hallucinations, notamment des hallucinations olfactives.

La malade a été internée dans un asile de son pays, où, selon les rapports, les accès auraient continué, et la débilité psychique aurait considérablement augmenté.

D. — Folie circulaire [1]

Il s'agit d'une apparition alternante, cyclique des types cliniques, mélancolique et maniaque, différant d'une mélancolie évoluant vers l'état de manie par le fait que, pendant longtemps et même durant toute la vie, ils se succèdent tour à tour (Falret, *Folie circulaire*; Baillarger, *Folie à double forme*).

L'alternance cyclique des deux états rappelle ce fait que chez beaucoup d'individus frappés d'une tare héréditaire, un changement périodique entre la dépression et l'exaltation est habituel; ceci indique qu'il serait possible d'envisager la folie circulaire comme une accentuation de cette alternance pathologique de l'état d'esprit. En effet, dans tous les cas où l'on a pu établir les conditions de l'ascendance, la folie circulaire s'est présentée comme une aliénation héréditaire dégénérative qui, de plus, éclate de préférence à la puberté ou à la ménopause [2].

D'après les observations de Falret, avec lesquelles concordent aussi

[1] Emmerich, *Ueber cyclische Geistesstörungen*, *Schmidts Jahrb.*, 190, n° 5 (avec indication de la littérature complète). — Pick, *Circul. Irresein*, *Eulenburgs Realen cyclop.*, 2e édition. — Ritti, *Traité clinique de la folie à double forme*, 1883. — Mordret, *De la folie à double forme*, 1883. Dans les œuvres des romanciers on trouve aussi des types de folie circulaire. Comparez : Tourgenieff, *Le roi Lear de la steppe* et *Père et Fils* du même auteur (la princesse).

[2] Ball (*Ann. méd. psychol.*, septembre 1880, p. 192) cite cependant un homme sans tare chez lequel la maladie (depuis vingt-sept ans : toujours dix mois de manie suivis de deux années de dépression mélancolique) s'est produite à la suite d'un trauma capitis.

celles d'autres spécialistes ainsi que les miennes, cette forme de folie atteint de préférence les femmes[1].

Souvent le développement de la folie circulaire est précédé pendant des années par des accès de manie simple ou périodique, ou aussi par des accès de mélancolie.

La folie cyclique débute dans la plupart des cas comme folie mélancolique, plus rarement sous la forme maniaque. Le tableau initial de la maladie ne se distingue pas des types similaires ni par une intensité extraordinaire ni par une plus grande durée. Dans la plupart des cas, le type clinique opposé lui succède immédiatement ; dans des cas rares, les deux états alternants sont séparés par un intervalle lucide.

La marche de la maladie consiste dans le changement alternatif des deux états qui forment le cycle et qui, dans la plupart des cas, sont nettement séparés et présentent rarement une transition confuse de l'un à l'autre.

Les deux états se confondent pendant la transition, plutôt dans les cas où les états pathologiques ont une longue durée. On peut aussi observer le phénomène particulièrement noté par Meyer, c'est que des symptômes temporaires élémentaires de l'état opposé à celui du tableau présent surgissent dans le tableau mélancolique ou maniaque.

La marche des états mélancolique ou maniaque peut toujours être interrompue par un intervalle lucide qui s'intercale ; mais ce fait n'est pas aussi fréquent ni aussi régulier que le prétendent certains auteurs. On l'observe plus souvent après l'évolution d'un ou plusieurs cycles, ensuite comme stade intermédiaire de deux phases d'état, rarement comme interruption d'une phase maniaque ou mélancolique[2].

La durée de l'intervalle lucide est plus courte et la lucidité est moins nette, quand l'intervalle s'intercale entre deux phases d'état. Il dure plus longtemps quand il sépare deux cycles.

La durée du cycle entier, ainsi que celle des états qui le composent, varie chez les différents individus et chez le même malade, et dépend souvent des conditions extérieures.

Il y a des cas de folie circulaire où le cycle se déroule en quelques semaines, et il y en a d'autres où le cycle dure des mois et même des années. Dans la plupart des cas, la phase mélancolique dure plus longtemps que la phase maniaque ; l'intervalle lucide, s'il y en a un entre les deux, est d'une durée inférieure à chacune de ces deux phases. Il y a des cas, notamment ceux dont les états cliniques ont une durée très prolongée, où la durée des phases reste presque exactement la même à chaque retour ; il y en a d'autres où les phases les plus courtes alternent avec les plus longues.

[1] Dans la littérature, j'ai trouvé sur 48 cas : 28 femmes et 20 hommes ; dans mes observations personnelles, j'ai trouvé sur 24 cas : 16 femmes et 8 hommes.

[2] Les cas où l'état maniaque et l'état mélancolique se succèdent immédiatement et sont séparés du prochain cycle d'accès par un intervalle, sont désignés ordinairement par le nom de folie à double forme. Les cas où chaque état est séparé par un intervalle de l'autre, sont appelés folie circulaire. Les cas où il n'y a aucun intervalle à aucune période de la maladie, sont appelés folie alternante. Cette folie alternante évolue ordinairement avec des périodes d'état tout à fait éphémères.

D'après mes observations personnelles, les états mélancolique et maniaque de la folie circulaire ne présentent rien de spécifique. Dans la plupart des cas, ces états ne s'élèvent pas au-dessus du niveau d'une simple dépression mélancolique ou d'une simple exaltation maniaque, et le caractère raisonnant est très fréquent sur cette base dégénérative.

Voilà qui explique pourquoi on rencontre la folie circulaire plus souvent dans la pratique à domicile que dans les asiles. Ce n'est que rarement qu'on voit les formes fonctionnelles graves de la stupeur mélancolique et de la folie furieuse avec idées délirantes et hallucinations. Le tableau clinique observé la première fois se reproduit ordinairement sinon avec une exactitude photographique, du moins avec une ressemblance essentielle dans les cycles suivants, et il n'y a que des différences dans la durée et l'intensité.

En général, on peut dire que plus la durée de la phase est longue, plus le tableau clinique est bénin.

Le diagnostic de la folie circulaire ne peut être établi avec certitude que par l'observation de la marche de la maladie.

Un accès maniaque ou mélancolique est toujours suspect quand il se déclare brusquement à la puberté ou à la ménopause, quand il se maintient pendant des semaines avec le même caractère bénin, quand dans l'état mélancolique ou maniaque des symptômes d'un caractère opposé à cet état surgissent épisodiquement. En outre, on remarquera l'état général gravement troublé, le pouls chétif, le turgor vitalis abaissé, la réduction rapide du poids du corps, l'air affaibli et vieilli, le changement des traits, de nombreux malaises névralgiques et paralgiques dans l'état mélancolique ; l'air dispos et content (Meyer), le pouls plein, vigoureux, le turgor vitalis extraordinairement élevé, dans l'état maniaque. Emerich (*op. cit.*) fait valoir avec raison que dans la mélancolie, image partielle de la folie circulaire, la dépression morale est beaucoup moins douloureuse (spontanée) que dans la vraie mélancolie, et qu'elle représente cliniquement surtout une conscience douloureuse (réactive) de l'entrave intellectuelle.

La folie circulaire, d'habitude profondément constitutionnelle, permet rarement d'espérer une guérison. On peut espérer encore dans les cas qui évoluent en courtes phases, tandis que ceux qui évoluent avec accès prolongés reviennent périodiquement avec une régularité fatale jusqu'à la fin de la vie ; mais, avec l'âge, ils prennent un caractère de plus en plus bénin. Des intermissions d'une plus longue durée peuvent cependant se produire aussi dans ces cas.

Après une longue durée de la maladie, des phénomènes de faiblesse psychique se présentent, mais je n'ai jamais observé de terminaisons par la véritable démence.

La thérapeutique se borne à être de préférence symptomatique.

Les sels de brome ne me paraissent pas sans effet dans certains cas à courtes phases. L'opium et la morphine, par la voie sous-cutanée, ont encore eu un effet plus favorable. Krätz (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 39, p. 26) a constaté que dans un cas l'hoscyamine avait arrêté la maladie, et

que, dans deux autres cas, ce moyen avait amené une évolution bénigne de la phase maniaque.

L'observation de Schüle (*Hand.*, p. 437), dans laquelle le traitement heureux d'une maladie utérine chez une femme atteinte de folie circulaire a fait avorter la psychose, indique comme probable l'existence des excitations périphériques dans ce cas et l'importance de leur suppression. Digne d'attention est aussi l'expérience faite à l'asile de Klingenmünster et rapportée par Dittmar, d'après laquelle le repos au lit pendant le stade mélancolique retarde l'arrivée de la phase maniaque, et rend la marche de cette dernière plus bénigne.

Observation XLVIII. *Folie circulaire (mélancolique et maniaque).* — Les tableaux d'état ont chacun une durée de plusieurs mois.

Rokos, vingt ans, étudiant, a été amené à l'asile le 23 février 1878. Le père est tabétique, deux frères sont névropathes et exaltés. L'un, dit-on, serait atteint d'inversion sexuelle. Le malade n'a jamais été gravement malade, mais il est nerveux et émotif. Ainsi il a dû abandonner l'étude de la médecine parce qu'il ne pouvait se faire à l'aspect des cadavres. De très bonne heure il s'est adonné à la masturbation; depuis des années il se faisait remarquer par ses manières molles et ses gaucheries dans la société. A l'automne, des symptômes de neurasthénie se sont manifestés (lassitude, facilité à se fatiguer, sensation de lourdeur dans les extrémités, manque d'activité intellectuelle, battements de cœur, etc.). Il fut pris d'une dépression hypocondriaque; il se croyait, à cause de ses palpitations, affligé d'une maladie de cœur, consulta un médecin qui confirma ce diagnostic. Il fuyait les gens, croyant s'apercevoir que chacun lisait sur sa figure son vice secret. Au commencement du mois de février 1878, après s'être déclaré quelques jours auparavant fatigué, mal à l'aise, intellectuellement impuissant, il devenait anxieux, agité, jouait d'une manière théâtrale le désespéré qui est arrivé au seuil de la folie, ne dormait plus, se roulait avec agitation dans son lit, se plaignait et pleurait d'être incapable de penser, se sentait ruiné au physique et au moral par la masturbation. Qu'on examine ses parties génitales qui sont déjà toutes fanées et qui ont changé de couleur! Violentes irritations anxieuses, sensation qu'on lui comprime le cœur; par-ci par-là sensations olfactives très désagréables.

A son entrée à l'asile, le malade paraît être à l'acmé d'une mélancolie passive; il est farouche, profondément et douloureusement bouleversé, peureux, entravé au point de vue moteur, psychique et élocutif. Des mots détachés qu'il prononçait il résulte qu'il est désespéré de cet état d'entrave pénible et qu'il a des remords de son onanisme qui en est la cause. Comme réaction à cet état de conscience inconsolable on trouve de nombreuses traces d'égratignures sur tout le corps. Le malade autrement bien conformé est somatiquement épuisé, anémique; les yeux sont cernés, la démarche est vacillante, fléchissante. La mine est anxieuse, troublée, les pupilles sont dilatées et réagissent avec paresse, la figure est facilement congestive, boursouflée, le pouls petit et à 130 ou 160. La région cardiaque et l'épigastre présentent des mouvements d'ondulation; les petites artères comme la maxillaire présentent des pulsations visibles. Les bruits du cœur sont nets, la matité du cœur n'est pas augmentée; léger degré d'exophtalmie; pas de troubles des fonctions végétatives, pas de spermatorrhée, pas de troubles sensitifs ni moteurs, constatation à l'ophtalmoscope négative. (On prescrit : repos au lit, compresses de glace sur la région du cœur, digitale, régime lacté.)

Le malade reste très entravé intellectuellement, tourmenté par l'angoisse précor-

diale, profondément bouleversé. On ne tire de lui que des mots détachés : « Oh ! ma pauvre mère, ma tête, c'est à devenir fou. » Il est incapable de composer dans sa pensée une seule phrase; le fil de sa pensée se perd toujours. Ni la digitale ni la quinine à grosses doses n'atténuent la grande fréquence du pouls. Ce n'est qu'après avoir donné des bains prolongés (jusqu'à trois heures de durée) que le pouls tombe à 100 et que le sommeil se produit. A la moindre émotion, à chaque soupir, à chaque mouvement du corps, le pouls monte immédiatement. Au point de vue végétatif le malade est tout à fait normal; l'alimentation est suffisante. Après le bain du soir, il est toujours un peu plus dégagé. Il se plaint alors de sa terrible angoisse précordiale et de son entrave intellectuelle; il ne sait pas, dit-il, s'il est encore vivant, s'il sait encore lire et écrire; il sent un abrutissement pénible dans sa tête; il craint de devenir fou un jour. Aux autres heures de la journée, inquiétude fatiguante, peur et entrave intellectuelle. En même temps impulsion excessive à la masturbation qu'on ne peut réfréner que par une surveillance permanente de jour et de nuit. L'entrave s'accentue parfois jusqu'au degré d'une stupeur légère et du mutisme. A ses moments plus libres, le malade demande qu'on lui donne du poison, qu'on le fusille; sa tête est tout à fait abrutie, il ne peut plus penser, il s'est enlevé lui-même le cerveau par son vice, ce n'est plus tenable. Par-ci par-là il y a aussi des plaintes à cause des mauvaises odeurs, de ses maux de tête, de son abasourdissement, de ses douleurs rhumatismales dans les membres.

Au mois de mai, à la suite d'une augmentation de la nutrition et d'une baisse du pouls à 100 environ, il devient plus degagé au point de vue moteur et psychique; il regrette le temps perdu qu'il aurait pu consacrer à ses études, dit que maintenant il veut rassembler toutes ses forces, renoncer à son vice. Tout lui apparaît comme un rêve envolé. Après plusieurs rechutes, qui peuvent être ramenées toujours à de nouveaux retours à la masturbation, la convalescence s'établit définitivement. On posa le diagnostic de mélancolie à base neurasthénique masturbatoire et et on renvoya le malade comme tout à fait guéri, mais avec un pouls à 120, le 23 juillet 1878.

Dès le 26 juillet on mit en doute la justesse du diagnostic, le malade montrant des symptômes d'une exaltation maniaque que l'on ne pouvait interpréter autrement que dans le sens d'un trouble circulaire, étant donné que la mélancolie avait disparu entièrement et ne pouvait être considérée comme le prodrome mélancolique d'une manie, qu'en outre la manie avait un caractère raisonnant et que l'accentuation allant jusqu'à la folie furieuse ne s'était pas produite. Le malade devint gai, loquace, inconstant, partit avec 500 florins pour Vienne où il fit de grandes emplettes sans aucun motif, des excès de toutes sortes. Au moment où il était sur le point de continuer sa tournée à Paris et à Londres, on l'amena de nouveau à l'asile, le 20 août 1878.

Au point de vue mimique, psychique et somatique, il était devenu une personnalité tout à fait autre que celle qu'il avait présentée la première fois. La mine était animée, gaie, la face légèrement rouge, les yeux luisants, la nutrition brillaute, le turgor vitalis augmenté. Le malade se sentait à son aise comme jamais il ne l'avait été de sa vie, il vantait son érudition, sa force de mémoire et la perspicacité de ses pensées, ses prétendus examens brillants. Il projetait d'étudier à la fois la philosophie, la jurisprudence et la médecine et de se faire inscrire en même temps dans les Facultés de Vienne et de Paris. Il se désignait comme candidat au Reichstag et à la carrière diplomatique et disait que pour lui c'était une bagatelle de réussir. Il connaissait tout, savait tout, saisissait avec la rapidité de l'éclair, était l'âme la plus généreuse, le parent le plus tendre, bien qu'il déblatérât contre ses parents de la

manière la plus ignoble parce qu'ils refusaient de lui donner de l'argent ; il était l'ami le plus dévoué du monde. Grande opinion de lui-même qui est sans cesse alimentée par la facilité énorme des opérations psychiques. Humeur gaie, optimisme, bien-être maniaque. Peu de sommeil, activité sans plan qui avec une véritable fureur et avec une précipitation morbide embrasse tout sans jamais achever rien. Vie des conceptions très animée, processus des représentations saccadé, très facilité et très accéléré, rage excessive d'écrire et de parler, qui empêche les autres de placer un seul mot et qui passe d'une chose à une autre. La diction est ampoulée, pleine de grandes phrases, agrémentée de termes énergiques et de clichés. Grand besoin d'alcool, de tabac, tandis que pendant sa période normale il n'avait nullement ces besoins.

Au milieu de ce tableau de la manie se produisit le soir du 2 septembre 1878, sans aucun motif, un état de profonde douleur avec conscience gravement troublée, violent tædium vitæ et tentative de s'étrangler. Le lendemain le malade lui-même ne comprenait pas comment il avait pu être en proie à un pareil état et il apparaissait de nouveau à la hauteur de l'exaltation maniaque. Il insista pour partir pour l'exposition de Paris, couvrait des feuilles de papier de sa biographie, faisait le matamore, cherchait noise à tout le monde, montrait une logique et une dialectique raffinées, faisait des mots d'esprit, raillait, chantait, sifflait, faisait toutes sortes de gamineries et savait tourner le règlement de la maison quand il le pouvait, toujours prêt et habile à s'excuser et à motiver tout. Son humeur joviale était intarissable même lorsque, fin septembre, on dut le tenir dans un isolement sévère.

Au point de vue physique, tendance aux fluxions, fréquence du pouls dépassant 100 et ordinairement même 120 pulsations, pupilles myotiques, air florissant, état brillant de la nutrition. Vers le milieu du mois de décembre la manie rétrograde peu à peu en même temps que la fréquence du pouls reste constamment à 80 ou 90 pulsations. Le 1er janvier 1879, le malade étant encore dans un léger état maniaque, s'évada et rentra chez lui.

Au commencement du mois de février la mélancolie se déclara de nouveau, mais elle fut loin d'atteindre la même hauteur qu'elle avait lors du premier accès ; elle se borna à rester dans le cadre d'une mélancolie sine delirio avec légère angoisse précordiale et, d'après ce qu'on m'a rapporté, elle se serait terminée fin juin.

Au commencement du mois de juillet j'ai vu par hasard le malade. Il paraissait lucide, c'est-à-dire ni mélancolique ni maniaque. Vers la fin de juillet la manie reparut. De nouveau le malade se démenait pour des voyages sans but, faisait des escroqueries, des excès, gaspillait l'argent et les vêtements, envoyait des lettres pressantes chez lui, avec menace de se brûler la cervelle si l'on ne lui envoyait pas immédiatement de l'argent. Dans les registres des hôtels il s'inscrivait sous le nom de comte Kristalnig, licencié en droit et docteur en médecine. Le 27 août 1879 on dut le transporter à l'asile de Klagenfurt d'où il put s'évader adroitement le 26 octobre. Le journal des malades que l'asile a mis avec amabilité à ma disposition a permis de constater un tableau clinique qui concorde avec l'état maniaque qu'on a le premier observé chez le malade.

Observation XLIX. *Folie circulaire avec alternances maniaques et mélancoliques de courte durée.* — Jager, dix-huit ans, fils de paysan, a été reçu à l'asile le 30 décembre 1874. Le père est un buveur d'habitude, la mère est une imbécile, excessivement dévote et sujette à de fréquentes congestions cérébrales. Un frère est un homme très violent, fameux par ses rixes. Le malade fut bien portant pendant son enfance, mais originairement faible d'esprit. A l'âge de neuf ans trauma capitis très

grave. On dit que le sang a coulé des oreilles et que le malade est resté longtemps sans recouvrer ni les sens ni la parole. Depuis cet accident grande tendance aux congestions de la tête. A l'âge de treize ans s'éveilla l'instinct génital qu'il satisfaisait par une masturbation fréquente. A l'âge de treize ans il fut atteint de maladie psychique; il devint sombre, taciturne, aboulique, peureux, sans sommeil, avait peur du Malin. Cet état mélancolique dura un mois, puis le malade devint dans l'espace d'une nuit maniaque, gai, espiègle, faisant de forts excès in Baccho et Venere. Ce stade maniaque aurait duré un an, ensuite il y eut mélancolie pendant quinze jours et alors de nouveau une manie d'une durée de quatre semaines. Depuis, il y a eu une alternance continuelle de la mélancolie et de la manie. Il fallait toujours pour l'évolution de ces deux phases une période de deux mois; la phase mélancolique était toujours plus courte que la phase maniaque et durait huit à treize jours. Vers Pâques de 1874, une mélancolie d'une durée de huit à quatorze jours fut cependant suivie d'une manie qui dura jusqu'au 24 décembre. La manie, dit-on, aurait toujours évolué sine delirio. Le 24 décembre le malade devint tout d'un coup silencieux, triste. aboulique; le 29 il redevint maniaque.

Lors de sa réception il était encore maniaque. Vigoureux, bien développé et bien constitué. Crâne trop petit dans tous ses diamètres, front bas, fuyant. Tête congestionnée, légèrement boursouflée; pouls carotidien plein, mou, accéléré. Le 6 janvier cet état maniaque avait disparu.

Jusqu'au 24, conduite réglée, tranquille. Ce jour tout d'un coup il devient triste, silencieux, aboulique. Le 6 février il redevient lucide et libre de tout symptôme mélancolique. Le 15 il devient subitement mélancolique. Le 28 il devient maniaque (grande gaieté, mauvais sommeil, loquacité) ; le 15 mars brusquement et profondément mélancolique. Le malade est en stupeur légère, se tient immobile dans les coins, ne veut pas manger. La peau de la figure est rouge, la pupille gauche rétrécie, le pouls lent, à 56.

Le 26 le malade devient plus libre dans sa mimique ; le 28 résolution de la mélancolie. Comme le malade n'eut plus d'accès du 24 avril au 16 août, il fut rendu à sa famille. Il se plaça comme laboureur, se trouva bien jusqu'au 18 juillet 1876 sauf quelques violents maux de tête et des congestions.

Ce jour-là il eut une querelle et, après une nuit blanche, il devenait gai, chantait, parlait beaucoup, vagabondait sans but, troublait l'office religieux et, ne se sentant pas tout à fait normal, alla à l'asile où il arriva le 26, gai, bruyant, légèrement maniaque, pris de la tête et visiblement fluxionnaire, décoré d'une manière fantastique avec des bouquets de fleurs et des rubans.

Cette fois la maladie évolua comme exaltation maniaque avec allure raisonnante et se termina vers la fin du mois d'octobre. Le malade resta encore plusieurs mois en observation et comme le retour attendu de la psychose circulaire n'avait pas lieu, il fut renvoyé comme guéri. Il est resté normal.

Conjointement à cette aliénation qui évolue avec une alternance cyclique des états mélancolique et maniaque, il convient de rappeler aussi une forme plus rare du même genre qui évolue avec une alternance typique d'états d'agitation à allure maniaque et d'états de stupeur.

Kahlbaum s'est servi d'une partie de ces cas pour établir une « catatonie ». Dittmar (*op. cit.*) qui en général n'attribue qu'une valeur secondaire à l'anomalie d'état d'esprit, fait aussi mention de ces cas de folie circulaire qui sont caractérisés par une alternance régulière des états de manie et de stupeur.

Cette variété est plus rare que la précédente. Elle atteint presque exclusivement les hommes, à la puberté ou consécutivement à cette période. Dans toutes mes observations personnelles il y avait des tares. Les excès de masturbation ou les émotions furent les causes occasionnelles. Un stade prodromique de dépression mélancolique qui durait des journées et même des mois servait d'introduction à la folie cyclique. Cette aliénation débutait par un état de stupeur ou d'agitation maniaque qui alternaient au cours de la maladie. Parfois un intervalle lucide s'intercalait, mais dans la plupart des cas était de courte durée. On a observé aussi de profondes rémissions, notamment dans le stade de stupeur. La durée des états a varié chez les différents individus entre des journées et des mois. Ces états passaient sans transition de l'un à l'autre.

La phase de stupeur est caractérisée par des états d'agitation psychomotrice intercurrents durant des heures entières, sous forme de conceptions obsédantes, de mouvements obsédants, de verbigération, de tendance à parler un langage précieux et sur des sujets religieux ou pathétiques. Contrairement à ce qui a lieu dans la folie furieuse ordinaire, les états maniaques apparaissent nuancés cliniquement par un pathos comique dans la démarche et la diction, par la tendance à la verbigération, par des actes et des mouvements impulsifs, réitérés indéfiniment par une seule obsession et vraiment automatiques (tourner en cercle, faire des culbutes, etc.), actes qui sont dus probablement à des causes dégénératives masturbatoires et s'ajoutent aux phénomènes maniaques de l'impulsion au mouvement géminé. Dans la majorité de mes observations personnelles, la guérison s'est produite après une stupeur de longue durée qui terminait une série d'états et dans laquelle les états d'agitation épisodiques étaient devenus de plus en plus rares.

La thérapeutique fut surtout symptomatique. Une attention tout à fait particulière fut exigée pour la masturbation qu'on pouvait remarquer chez tous les malades, même dans le stade de stupeur, et qui avait toujours une influence funeste. Dans certains cas le bromure de potassium avec l'hydrothérapie semblèrent être de quelque utilité.

Observation L. *Folie circulaire avec alternance d'états maniaques et de stupeur.* — Schaffer, vingt-deux ans, célibataire, valet de ferme, est issu d'une famille prétendue saine ; cependant son père fut quelque temps avant sa mort troublé mentalement et sa mère était affligée de maux de tête habituels.

Le malade, dit-on, aurait été bien portant jusqu'à l'époque de la puberté. A partir de ce moment il est devenu maladif, il a souffert de faiblesse physique générale et de palpitations de cœur, causes pour lesquelles il a été réformé par le conseil de revision. Il s'agissait probablement des effets funestes de l'onanisme auquel le malade s'est livré de bonne heure avec excès. Il dit qu'il en était devenu tout las et énervé.

En 1877, après une violente émotion, il serait devenu tout d'un coup stupide et aurait entre temps eu des accès de fureur. Au bout de huit jours il serait redevenu bien portant.

Le 25 août 1875, le malade s'est excité sous l'orme où les villageois dansaient ; il but trop et essuya un affront très grave de la part de son amante. Le 26, il se mon-

trait triste, déprimé ; quelques heures plus tard il restait sans bouger, profondément stupide.

Le 28, il se mettait à gesticuler, à verbigérer, à prêcher, à rager. Il démolissait ce qu'il pouvait, se roulait par terre, demandant que le curé bénisse son mariage, et parlait de choses tout à fait incohérentes.

Le 30 il redevenait stupide et c'est dans cet état qu'il venait à la clinique.

Le malade est de taille moyenne, en assez bon état. Le crâne est rhombocéphale, le palais bombé, étroit. Pupilles larges, paresseuses. Somatiquement il n'y a pas autre chose à remarquer. Le malade est couché par terre, immobile, muet, stupide ; il garde les positions qu'on lui imprime.

Le 31 août, un état d'agitation entre de nouveau en scène. Le malade verbigère, récite en allemand littéraire des passages de la Bible, prêche, agite les mains d'une manière théâtrale, débite toutes sortes de choses insensées avec grand pathos, par exemple : 2 fois 6 font 12, 18 est mon frère, etc. Lorsqu'on veut le déshabiller, il se débat d'une manière désespérée, pousse des cris terribles, grince des dents, fait des grimaces. Relâché, il se plante le poing levé, l'air menaçant, et crie : « Venez donc ici ! » Pendant des heures il est de nouveau tranquille, assez lucide et même reconnaît son état; parfois se montrent aussi des états de stupeur durant plusieurs heures, avec poses théâtrales et états cataleptiques, mais jusqu'au 16 septembre il reste dans un état d'agitation à forme maniaque avec absence presque totale de sommeil, grande confusion, prenant les gens de l'entourage pour des membres de sa famille, avec impulsion aux discours confus et profus en langage littéraire, avec une diction pathétique et précieuse, où il est beaucoup question de Dieu, de la mère de Dieu, de son amante.

Le 16 septembre, le malade redevient stupide et le reste jusqu'au 14 novembre. Il est profondément troublé dans son intelligence, laisse couler tout sous lui, présente parfois une attitude cataleptique et des positions obsédées, reste planté pendant des heures sur le même point, fixant les yeux dans le vide, avec léger strabisme convergent. Il est muet la plupart du temps ; il ne parle que passagèrement en prononçant un galimatias pathétique et fait cette remarque : « Il y a un Dieu et trois personnes divines ». Il se produit une courte verbigération : *Flug*, *Fliege*, *Fleck*, etc. (vol, mouche, tache, etc.) Au demeurant apathique, muet, regardant d'un air stupide. Vers le 13 il devient un peu plus dégagé. Il nous raconte que le sang lui monte tellement à la tête que cela le rend confus et vertigineux. En effet, souvent une rougeur en forme de rash existe sur sa figure. On constate qu'il se masturbe aussi dans son état de stupeur et qu'alors la stupeur s'aggrave toujours (bromure de potassium, frictions, étroite surveillance).

Le 14 novembre l'état d'exaltation entre de nouveau en scène. Le malade n'a pas de sommeil, prêche, prononce d'une manière pathétique tout un galimatias : « C'est la maison du malheur, je ne sais pas, c'est de la cochonnerie. » A l'occasion il verbigère : *Fisch*, *Fischerl*, *Haifisch*, *Stockfisch*, etc. (poisson, poissonneau, requin, morue). Grande confusion, mots et phrases détachées; grand trouble intellectuel; prend les gens de l'entourage pour le Pape, pour des évêques. Parfois il crie aussi au feu. Il ne peut être question d'une tonalité prononcée de son état d'esprit : il y a des moments gais et des moments douloureux. Le malade se trouve dans une étrange agitation motrice, il met en miettes le contenu de sa paillasse; pendant des heures il tourne autour de lui par obsession; à chaque demi-tour il s'arrête en criant un mot comme « pourquoi — frère — Antoine — à droite — halte — médecin-major — non, etc. ». Ensuite il a d'étranges positions contraintes, passagèrement il a l'obsession de questionner.

Le 29 novembre, le malade devient tranquille, stupide. La stupeur (tout comme autrefois) disparaît au commencement du mois de décembre, mais il y a encore une certaine contrainte de la mine et de l'attitude avec tendance à prendre des positions étranges et bizarres. Le langage devient libre, mais reste encore pleine d'afféterie et de préciosité. Vers le milieu du mois de décembre le malade devient tranquille, rangé et libre au point de vue moteur.

Il nous raconte qu'il se rappelle tous les incidents de sa maladie. Il avait la tête tout à fait troublée, tout a tourné autour de lui, il a vu aussi toutes sortes de figures. Il sentait des douleurs dans ses pieds et ses mains et parfois ses membres lui semblaient comme morts. Il était forcé de tourner en cercle, car en faisant ce mouvement il se sentait soulagé de sa tête.

Le 10 janvier 1879, le malade fut renvoyé guéri.

E. — Folie idiopathique périodique a forme de délire[1]

Il y a des cas idiopathiques de folie périodique qui évoluent comme délire et qui, par la courte durée des accès, le trouble profond de l'intelligence, par les troubles psycho-moteurs, se distinguent nettement des états de manie, de mélancolie périodiques et de folie circulaire que nous venons de décrire.

Kirn a décrit ces états sous le nom de « typoses centrales à accès de courte durée ». Pour ma part je considère comme le point principal du diagnostic le caractère délirant de ces accès.

Il semble à peine possible d'établir des points de vue généraux pour ces cas si variés individuellement.

Les symptômes constants sont : l'explosion brusque, la résolution subite, le trouble profond de l'intelligence, trouble qui reste au niveau d'un état crépusculaire ou d'un état de rêve, le caractère confus du délire, qui peut être un délire hypocondriaque, persécutoire ou un délire des grandeurs, les troubles moteurs indiquant un processus d'excitation directe dans les centres psychomoteurs du cerveau antérieur, et se manifestant comme troubles catatoniques ou automatiquement impulsifs ou obsédants par la mimique, le langage, l'attitude et les mouvements des extrémités, et qui se renouvellent à chaque nouvel accès.

Certains de mes malades ont présenté toujours les mêmes mouvements grimaçants, les mêmes attitudes d'obsession étranges et rappelant celles des clowns de cirque, les mêmes mouvements contraints. Souvent il y avait aussi une marche confuse et accélérée des images mentales avec verbigération.

Ces états ont beaucoup de traits communs avec les équivalents psychiques de l'épilepsie [2], notamment de l'épilepsie prolongée.

Souvent il existait chez mes malades aussi des accidents épileptoïdes. Cependant il paraît prudent de considérer tout d'abord ces états séparément

[1] Kirn, *Op. cit.*, p. 77.

[2] Comparez Morel, *D'une forme de délire*, etc., Paris, 1860. — Le même. *Traité des mal. ment.*, p. 480. — Samt, *Epil. Irreseinsformen*, p. 440. — Pick, *Beitr. zur Klinik der Geisteskrankheiten*, *Arch. f. Psych.*, XI, fasc. 1, rapporte pages 1-11 un cas de cette catégorie, cas dont la base épileptique était incontestable.

d'avec l'épilepsie. Le retour des accès se fait à des intervalles approximativement égaux ou parfois aussi par accumulation sous forme de séries.

Le pronostic, comme celui de la folie périodique à accès de courte durée, n'est pas absolument défavorable. Parfois on constate des guérisons. Une longue absence des paroxysmes qui alors est rachetée ordinairement par un retour intensif et accumulateur, est très fréquente.

Le bromure de potassium parut, dans certains cas de mon expérience personnelle, empêcher le retour des accès; la morphine en applications sous-cutanées sembla en abréger la durée et en atténuer la marche.

Observation LI. *Folie périodique idiopathique à forme de délire.* — Bratschko, cinquante et un ans, célibataire, charpentier, a été amené à l'hôpital le 23 avril 1878; il s'était fait remarquer au cabaret par ses discours et ses actes tout à fait confus.

Le malade est grand; le crâne est normal, sans traces de lésions; la mine est troublée, tout à fait étrange. Sauf de l'emphysème pulmonaire, une cicatrice de chancre sur le pénis et de l'hypospadia, on ne trouve rien à noter sur le corps. Le malade se trouve dans un état crépusculaire et est très confus. Il prétend être déjà depuis cinq jours ici à l'hôpital où les hommes sont égorgés par les bouchers. Qu'on le fasse plutôt passer devant un conseil de revision que de le pendre ou de le décapiter. Il a trois fils; le troisième c'est lui-même. Son père l'avait ensorcelé, l'avait métamorphosé en cheval et vendu sur le marché. Le malade se démène comme dans un rêve, moutre de la tendance à collectionner, méconnaît souvent l'entourage comme hostile, répète qu'il est tué, dit des injures et donne des coups à droite et à gauche.

Au commencement du mois de mai se produit brusquement une résolution de cet état crépusculaire dont le malade n'a gardé qu'un souvenir sommaire. Il déclare que son père était épileptique, très porté à la colère et qu'il l'a souvent battu. Lui-même serait devenu épileptique à l'âge de dix-sept ans, à la suite d'une chute d'un échafaudage et de la frayeur qu'il en aurait éprouvée; que dans la suite il a eu souvent des accès de convulsion et qu'à l'âge de vingt et un ans il a été pendant quelque temps tout à fait troublé, qu'il avait alors ragé au point qu'on avait été obligé de le lier.

Des renseignements pris il résulte que depuis des années le malade vagabondait et qu'il a été plusieurs fois condamné pour mendicité. Les antécédents épileptiques n'ont pas d'autre appui que les déclarations du malade lui-même. L'observation qui a été faite plus tard pendant quatre ans et demi n'a jamais pu fournir un soupçon d'épilepsie. Cependant dans les intervalles le malade présente l'image parfaite du caractère épileptique. C'est un homme morose, irritable, violent, hypocrite, tournant les yeux vers le ciel, homme qui souvent présente les faits d'une manière travestie, qui vit toujours en disputes et en querelles avec son entourage, qui est mécontent de tout, qui prétend tout savoir, mais qui néanmoins affiche toujours l'humilité chrétienne, parle toujours de Dieu et ne se sépare jamais de son livre de prières.

Le 31 octobre 1878, après une nuit blanche et une phase de grande irritabilité, le malade apparait profondément défiguré au point de vue mimique et gravement troublé dans son intelligence. Il déclare n'être personne, être un perroquet qui par suite de ses vastes études serait devenu fou. Maintenant tout est fini; il est le diable. Marche des pensées vive, profondément confuse. Le malade bat la mesure sur le banc, fait une strangulation sur son pénis, grimace, se met debout sur un pied, prend des positions tout à fait compliquées, glisse sur le plancher avec les jambes écartées, conserve les positions qui lui ont été imprimées; parfois il s'étend par

terre, imitant le Christ crucifié, les yeux fermés et la bouche ouverte. Etat de rêverie profonde qui dure longtemps; en même temps il méconnait l'entourage dans un sens hostile; il a évidemment aussi des hallucinations terrifiantes. Comme réaction à ces dernières, par moments il pousse des cris, des gémissements, fait du tapage contre la porte.

Le malade est sans sommeil, prend peu de nourriture; le pouls est très fréquent, les yeux sont anesthésiques, le coin droit de la bouche parésié. Avec un état crépusculaire tout à fait semblable au premier et qui dure pendant quelques jours, l'accès se termine le 15 novembre. Le malade n'en a gardé qu'un souvenir tout à fait sommaire, il motive ses menées clandestines par des voix qui lui commandent et par une peur violente. Il a appris qu'il doit être soumis à la torture.

Comme auparavant, il reste toujours le même être irritable, mécontent, quérulant, fainéant, bigot, mécontent de son entourage, mécréant et orgueilleux, aimant à se démener avec son livre de prières.

Le 9 mai 1879, après une morosité et une irritabilité croissantes pendant plusieurs jours, ainsi que de l'insomnie, le malade redevient de nouveau profondément troublé, et on le trouve avec une mine anxieuse et bouleversée. La nuit dernière, il a pissé au lit, il s'est piqué les oreilles; il présente de nouveau les conceptions obsédantes et les mouvements contraints qu'on lui connaît; il demande aux gens de l'entourage pardon de les avoir assassinés, donne au médecin le titre de Majesté, se croit dans un établissement politique et impérial, demande à cor et à cris après l'empereur : « Pourquoi permets-tu, seigneur empereur, qu'on me torture ainsi ? » Il montre sa jambe, disant qu'on devrait la lui couper, demande s'il est réellement le nommé B..., et parle de nouveau d'égorgement, etc., tout comme dans l'accès précédent. Confusion comme dans un rêve. Le malade se barbouille avec les plats qu'on lui donne à manger, lave son pénis dans la soupe, mord souvent d'une manière impulsive ses vêtements, fait des culbutes, se met sur la tête, et puis reste couché sans bouger dans la position du Christ crucifié, fait des mouvements en coups d'aviron, comme s'il était sur l'eau.

Le 23 mai il se produit une rémission de plusieurs heures avec une lucidité passable pendant laquelle il raconte qu'il était agité par la peur d'être assassiné et par suite d'une lueur d'incendie.

Après un état crépusculaire durant plusieurs jours, pendant lequel le médecin est de nouveau pris pour la Majesté impériale, l'accès cesse le 2 juin.

Le 6 octobre, nouvel accès qui dure jusqu'au 21 octobre et qui, dans son essence, se présente tout à fait semblable au précédent. De nouveau le malade est profondément troublé et bouleversé dans sa mimique. Il veut s'arracher les dents, s'accroche, pris de peur, au grillage de la fenêtre, demande qu'on lui dégage la langue, qu'on lui coupe son membre, parce que c'est lui qui a été l'équarrisseur. Il demande à être brûlé ou ligotté dans les montagnes; il parle beaucoup d'égorgement, de feu; il dit qu'on pourrait lui couper la tête et que, au bout de trois jours, elle serait remplacée. A l'acmé des accès, il a de nouveau des mouvements contraints (glisse sur le plancher, se met sur la tête, les jambes en l'air; culbutes, mouvements en coups d'aviron, etc.), méconnaissance de l'entourage dans un sens hostile allant jusqu'à la violence, marche précipitée et confuse des pensées qui roulent sur la mort, le sang, le feu et les mots de Dieu et de Majesté.

Le malade parle beaucoup de la Mère de Dieu ; il a été prophète, et maintenant il est empereur; cette nuit l'empereur a tué l'impératrice d'un coup de fusil; il salue de nouveau le médecin du titre de Majesté.

Le 11, rémission durant plusieurs heures pendant lesquelles il reconnaît pour un

moment l'entourage. Ensuite, de nouveau profonde confusion dans laquelle il parle de sang, de feu, du diable, de l'amputation de sa main et de son pied.

A partir du 14, le malade passe à l'état crépusculaire qui termine l'accès, et pendant lequel il est encore parfois question de Majesté, de sang et de feu. Ainsi, il prétend, entre autres, que ce n'est pas sa faute s'il a été témoin quand son père a assassiné sa mère, et qu'une grande mare de sang s'était produite sur le sol.

Un fait digne d'être remarqué est que, à l'acmé des accès, les artères étaient toujours convulsivement contractées, les extrémités froides et légèrement cyanotiques, et qu'avec la résolution de l'accès le spasme vasculaire cessait également, que le pouls devenait plus plein, plus mou, et que les extrémités redevenaient chaudes.

De nouveaux accès délirants qui se ressemblent typiquement sont observés: du 11 novembre jusqu'au commencement du mois de décembre 1879; du 24 décembre 1879 jusqu'au 5 janvier 1880; du 11 février jusqu'au 23 février; du 6 juin jusqu'au 20 juin; du 12 juillet jusqu'au 18 juillet; du 3 août jusqu'au 29 octobre (accès avec rechutes); du 17 novembre jusqu'au commencement de janvier 1881; du 29 janvier jusqu'au 12 juin; du 20 juin au 18 septembre; du 5 octobre au 25 février 1882; du 12 mars au 7 avril, etc.

Des injections de morphine faites au moment où les signes précurseurs se montrent, font avorter l'accès; autrement elles en atténuent la marche. Le bromure de potassium (jusqu'à 8 gr.) n'a eu d'action ni préventive ni atténuante.

Les fonctions intellectuelles ont, au cours des années, subi une baisse modérée, mais nettement prononcée.

F. — Folie périodique a forme d'instincts morbides

Cette forme de trouble périodique est encore peu connue.

Il s'agit ici sans doute d'instincts qui sont organiquement mis en mouvement, qui poussent impérieusement à leur satisfaction et qui forment le fond et l'essence du tableau de la maladie et ne sont pas, comme dans de nombreux cas d'aliénation simple ou périodique, un symptôme accidentel et secondaire.

La science actuelle connaît comme phénomènes nettement morbides l'obsession périodique de boire et de faire des actes sexuels. La signification morbide et particulièrement dégénérative de ces états est prouvée cliniquement par leur retour périodique accompagné de tous les symptômes cliniques de la folie périodique. Il faut particulièrement relever le fait que la personnalité psychique pendant l'accès n'est pas la même que pendant l'intervalle et que la tendance morbide de l'instinct n'est le propre que de la personnalité psychopathique. D'autres éléments dégénératifs peuvent encore se rencontrer notamment dans les tendances de l'instinct sexuel, en tant que ces tendances sont souvent perverses et leur satisfaction impulsive.

Quant aux cas de psychopathia sexualis périodique qui sont encore peu connus, il suffit ici de renvoyer le lecteur à la monographie de l'auteur du présent ouvrage. Par contre la dipsomanie périodique paraît assez connue scientifiquement et au point de vue pratique assez importante pour qu'elle soit traitée ici.

Dipsomanie ou ivrognerie périodique[1]. — Il y a des individus qui périodiquement sont atteints d'un état morbide au physique et au psychique, état dans lequel le besoin de consommer de l'alcool se fait sentir d'une manière impérieuse, besoin auquel le malade, empêché temporairement par un trouble psychique de faire valoir ses capacités éthiques et intellectuelles, ne peut opposer aucune résistance.

Le dipsomane se distingue, au premier coup d'œil, du buveur habituel et ordinaire, de l'ivrogne chronique, par le caractère rigoureusement épisodique de sa manie à boire; du faible qui ne peut pas résister à la tentation de se livrer aux excès alcooliques et qui ne peut pas garder en poche sa paye de huit jours ou ses appointements du mois; le dipsomane en diffère de prime abord par la contrainte organico-psychologique qui l'attaque et le subjugue sans égards pour le temps, le lieu, l'occasion et qui fait que, seul et à l'écart, loin du cercle des gais buveurs, il se livre à ses excès.

Le dipsomane se distingue du maniaque qui, par une sensation de plaisir, dans une humeur de gaieté folle, etc., s'enivre, par la circonstance que son impulsion naît d'une vive sensation de déplaisir et que l'alcool qui chasse ordinairement les soucis ne produit pas chez lui l'effet physiologique de la gaieté.

Le dipsomane diffère encore du buveur ordinaire par le fait que dans son avidité morbide il n'est rien moins que difficile, qu'il ne vise que la quantité et qu'à défaut d'une bonne boisson et, en proie à une perversion morbide du goût, il a, selon les circonstances, recours à la cruche de vinaigre et même à la cannette de pétrole.

Le dipsomane se rapproche dans ses manières encore plus du mélancolique physiologiquement déprimé qui souvent cherche dans la bouteille de vin ou d'alcool la consolation et l'oubli de ses chagrins et de sa misère. En effet on peut établir chez la grande majorité des dipsomanes que l'impulsion dipsomaniaque se produit au cours d'un accès neurasthénico-dysthymique aigu avec tendance aux retours périodiques et qu'elle est entretenue par cet état de dépression physique et morale, car l'alcool est un moyen de jouissance et de stimulation pour le système nerveux (analogue à la morphine, la cocaïne etc.), et de nature à rendre plus supportable l'état de mal aux cheveux physique et moral. En outre il semble exister des cas où l'impulsion à boire afflige l'individu d'une manière tout à fait primaire et forme le fond du trouble. Une analyse plus minutieuse démontre que ces cas sont des raptus impulsifs à boire et à retour périodique dans les états de faiblesse mentale originaire (voir plus loin folie morale) tels que Mendel a appris à le connaître, ou des phénomènes géminés périodiques et dipsomaniaques dans lesquels le tableau de la folie furieuse empreinte de colère apparaît si l'on rend impossible au malade la satisfaction de son impulsion dipsomaniaque.

[1] Brühl-Cramer, *Trunksucht*, 1819 (la meilleure monographie). — Clarus, *Beil.*, p. 129. — Henke, *Abhdl.*, IV, p. 304. — Foville, *Arch. génér.* (notices historiques et biographiques). — With, *Ueber Dipsomanie*, Thèse de doctorat, Berlin, 1869. — Lykken, *Hosp.*, *Ibid.*, 1878 (*Schmidts Jahrb*, 1899, 1). — Rose, *Deutsche chir.*, 1885, fasc. 7, p. 41. — Praetorius, *Thèse de doctorat*, Berlin, 1882.

La dipsomanie ne se rencontre probablement que quand le cerveau est taré. C'est ainsi que s'explique aussi le fait qu'elle éclate souvent dans les phases physiologiques de la menstruation, de la grossesse, de la ménopause qui évidemment produisent de nouvelles prédispositions à cette maladie, et que, en outre, très fréquemment on constate la présence des névroses constitutionnelles (neurasthénie, hystérie, épilepsie). La première cause occasionnelle est ordinairement une vive émotion morale ou un surmenage physique et intellectuel. L'état neurasthénico-dysthymique aigu qui en résulte ou l'exacerbation de la névrose existant déjà depuis longtemps s'ajoutent immédiatement et représentent le stade prodromique qui peut durer des heures et même des jours.

Le malade perd le sommeil, devient congestif: il se plaint de pression à la tête, éprouve une entrave intellectuelle et un découragement qui vont en augmentant, un ennui désolant, une lassitude générale, une agitation et une inquiétude nerveuses, une oppression anxieuse, des alternatives de chaud et de froid, des malaises paralgiques. Alors se produit une impulsion instinctive et impérieuse vers l'alcool à laquelle il se livre après une lutte et une résistance pénibles qui peuvent aller jusqu'au tædium vitæ. Les premiers verres apportent un soulagement mais seulement d'une manière passagère; dans ce cas l'alcool fait ses preuves comme narcotique étourdissant, comme stimulant, sans que le malade en éprouve un plaisir proprement dit.

Toujours et toujours le malade neurasthénico-dysthymique est poussé à saisir de nouveau la bouteille, semblable en cela au morphinomane qui, à une certaine phase, se fait injections sur injections. Aux symptômes de la maladie se joignent peu à peu ceux de l'intoxication alcoolique qui cependant, analogues au changement d'effet toxique de la morphine dans certains états psychiques exceptionnels, se montrent ordinairement plus tard et moins forts que dans l'état normal.

Les choses se passent ainsi pendant des jours et parfois même des semaines; dans ce dernier cas cependant il est probable que des accès séparés par des rémissions et par des intermissions doivent se manifester. Enfin et alors c'est presque toujours par une baisse rapide que l'accès fait sa résolution. Le malade devient tranquille, épuisé; il n'éprouve plus le besoin des spiritueux: il commence de nouveau à dormir régulièrement et, après un stade consécutif de torpeur intellectuelle avec phénomènes d'alcoolisme plus ou moins prononcés, il revient au statu quo ante pendant lequel souvent, durant quelques jours encore, il est tourmenté par les remords et importuné par un sommeil agité et peu réparateur, par la prostration intellectuelle et par un malaise général.

Dans les accès qui se prolongent ou qui se répètent fréquemment les symptômes du delirium tremens peuvent se joindre au paroxysme et ceux de l'alcoolisme en général peuvent se développer.

Les accès de dipsomanie se répètent dans le délai de plusieurs semaines ou de plusieurs mois (ivrognes trimestriels), parfois aussi au bout d'un an. Le pronostic est en général défavorable. Avec l'internement durant des

années dans un asile et conjointement au traitement tonique et à l'application empirique des moyens qui pourraient éventuellement arrêter l'accès imminent (injections de morphine), on peut utiliser les calmants (cure opiacée, paraldéhyde, hydrate d'amylène comme hypnotiques) quand l'accès a éclaté.

Observation LII. *Dipsomanie.* — K..., négociant, cinquante-neuf ans, homme qui est arrivé à la force du poignet, doué de grandes qualités intellectuelles et d'une persévérance de fer au travail, m'a consulté au mois de juin 1886, pour cause de dipsomanie. Son père était un homme nerveux, irritable. Le malade se dit lui-même nerveux, irritable, émotif, broyant du noir de tout temps, homme sentimental, tout de suite irrité quand quelque chose ne marche pas comme il le veut, ne retrouvant que difficilement son équilibre et perdant le sommeil pendant une longue période de temps. Un parent trouve qu'au fond le malade n'a jamais été en équilibre moral et qu'il paraissait toujours déprimé ou exalté. Le malade avait beaucoup de soucis et d'émotions dans sa famille et dans son vaste négoce.

En 1873, à l'occasion d'un embarras financier, il est devenu neurasthénique, dysthymique, sans sommeil ; il avait perdu tout courage, se désespérait, et dans cet état il se livra à la boisson, contrairement à ses habitudes. Au bout de huit jours, il avait repris son équilibre. Dans la période qui suivit, il se porta relativement bien, était très actif et très rangé dans sa vie. Il y a quatre ans et demi, à la suite de violentes émotions, un état dipsomaniaque s'est produit qui, depuis, est revenu à des intervalles de quatre à cinq mois. Les phénomènes prémonitoires sous forme de faiblesse irritable du système nerveux remontent, en faisant l'examen des faits, jusqu'à deux ans avant cet accès, car, à cette époque déjà, le malade se fatiguait plus facilement au physique et au moral ; il dormait mal, il se sentait le matin las et exténué, montrait une émotivité et une irritabilité croissantes, et s'émotionnait outre mesure du moindre contre-temps. Contre ces symptômes neurasthéniques, il prenait de temps en temps avec succès un peu de cognac, à l'occasion même de l'eau de Cologne.

Les prodromes des accès durent jusqu'à dix jours et consistent en phénomènes de neurasthénie exacerbante, en même temps que de la dysthymie et des phénomènes d'entrave psychique se manifestent.

Il y a alors une grande lassitude, un épuisement intellectuel et physique, un manque d'intérêt pour tout allant jusqu'à l'apathie désespérée et à l'aboulie, et un grand besoin de dormir. Le malade lui-même désigne son état dans ce stade comme un mal aux cheveux moral et psychique ; il est excessivement faible, morose, il a un dégoût pour ses affaires les plus importantes, un ennui désolant, il ne s'intéresse plus à rien.

Pour sortir de cet embarras insupportable, il a recours aux spiritueux, avec d'autant plus de plaisir qu'ils lui procurent le sommeil. A défaut de vin et de liqueurs, il a déjà bu de l'eau-de-vie ordinaire, même du vinaigre et du pétrole. Cependant, il ne boit jamais par soif, mais par besoin, pour faire cesser son fâcheux état. Il n'éprouve jamais aucun plaisir en buvant. Lui-même est surpris de sa tolérance pour les spiritueux. Ainsi, dans l'acmé de son accès, il boit jusqu'à 24 verres de cognac et beaucoup de vin en un seul jour sans être gris.

Les gens de son entourage rapportent que quand on veut l'empêcher de boire, il se met en colère, qu'il quitte alors, même en négligé, la maison et se livre à son impulsion dans les cabarets les plus borgnes. Abandonné à lui-même, il passe la plus grande partie de sa journée au lit, richement muni de cognac et de

toutes sortes de vins. Il évite toute occupation intellectuelle, lit tout au plus des livres écrits pour la jeunesse, ne veut voir personne de sa famille. Il reste dans cet état au maximum quatre semaines, mais il y a des intermissions de deux à dix jours, de sorte que les accès prolongés peuvent être considérés comme une série d'accès plusieurs fois répétés. A l'acmé des accès, le malade est toujours sans sommeil. Le libido, ordinairement normal, manque complètement pendant ce temps.

La résolution de l'accès s'accomplit rapidement avec la disparition des malaises dysthymiques, abouliques et neurasthéniques et avec le retour du sommeil qui cependant est au commencement troublé par des rêves terrifiants. Les symptômes d'alcoolisme manquent. Dans les intervalles, le malade se trouve bien, si l'on fait abstraction de sa nervosité habituelle et de son état d'esprit irritable et oscillant sans cesse entre les extrêmes ; il n'éprouve pas non plus aucun besoin de prendre de l'alcool.

L'examen du corps de cet homme vigoureusement bâti est négatif. L'expression névropathique de l'œil mérite d'être notée. Le traitement au début (hydrothérapie, bains de mer, climat des montagnes, etc.) a pour but d'agir comme tonique sur le système nerveux. Toutefois, les accès reviennent typiquement, mais ont un cours très atténué, par suite du traitement par l'opium (jusqu'à 0gr,15 d'extrait aqueux), de sorte que deux verres de vin rouge et une bouteille de bière par jour suffisent à satisfaire le besoin de l'alcool. La paraldéhyde a eu une action fortement hypnotique.

II. — Folie périodique d'origine sympathique.

Il s'agit ici d'états produits par des excitations périphériques qui atteignent par moments le cerveau. On s'explique que ces excitations puissent produire un pareil effet par une prédisposition morbide du cerveau qu'on rencontre sans exception dans ces cas et qui généralement représente une tare héréditaire. Le plus souvent ces excitations partent du système nerveux génital et ce sont spécialement les processus de la menstruation ainsi que, d'après les recherches de Kirn, les maladies utérines qui donnent lieu à ces paroxysmes d'aliénation qui se répètent fréquemment avec des symptômes et une évolution typiques et toujours similaires.

Folie menstruelle[1]

La forme la plus pure de l'aliénation sympathique est représentée par la folie menstruelle, c'est-à-dire par des accès qui sont reliés au temps et aux processus de la menstruation et qui se présentent cliniquement en partie sous le schéma d'une psychose (manie, plus souvent mélancolie) en partie sous celui d'un délire. Dans tous les cas de cette folie menstruelle il s'agit d'un cerveau excitable dès l'origine d'une manière anormale qui réagissait déjà d'une façon pathologique dans la période prémorbide, ainsi que dans les intervalles de ces accès. La plupart des individus atteints de cette maladie, avaient une tare héréditaire, mais tous sans

[1] Comparez le travail de l'auteur de ce livre dans l'*Archiv. f. Psych.*, VIII, fasc. 1.— Schlager, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 15, p. 457. — Schröter, *Ibid.*, 30, p. 551 et 31, fasc. 2.— Zehnder, *Wien. med. Presse*, 38.— Winge, *Norsk. Magaz.*, 3, R. III, 6.— Weiss, dans Leidesdorf, *Psych. Studien*, 1877. — Ellen Powers, *Thèse de doctorat*, Zurich, 1883 (littérature complète).

exception présentaient une constitution névropathique, étaient originairement imbéciles ou affligés de stigmates de dégénérescence fonctionnelle et même somatique.

La constitution névropathique se manifeste de bonne heure, mais surement à partir de la puberté. Chez la plupart les règles étaient déjà, pendant la période de bonne santé, accompagnées de malaises nerveux, d'agitation psychique et de dépression. Chez quelques-unes des malades, la psychose sexuelle était précédée par d'autres névroses (hystérie, hystéro-épilepsie) ou aussi par des accès d'aliénation non périodique.

Dans un grand nombre de cas, quand existe cette prédisposition, des causes extérieures minimes (émotions morales, excès alcooliques, maladies physiques) suffisent pour faire éclater la maladie à l'époque où les règles arrivent. La maladie une fois développée, le processus de la menstruation seule qui augmente déjà à l'état physiologique l'excitabilité du système nerveux central, suffit pour provoquer le paroxysme; car, comme dans le trouble épileptique, il s'est probablement développé une altération fonctionnelle durable dans le cerveau.

Ce qui est remarquable dans cette maladie c'est que, dans les cas complètement enveloppés, l'accès peut se produire à l'époque du retour périodique des règles, quand même l'hémorragie menstruelle n'aurait pas lieu.

La première explosion de la maladie peut avoir lieu à une époque quelconque de la menstruation pendant la vie sexuelle; elle se présente d'autant plutôt que la prédisposition est plus grande.

Les maladies des parties génitales, les irrégularités des règles se rencontrent souvent, mais ces malaises peuvent se produire aussi dans un appareil génital normal au point de vue anatomique et fonctionnel.

La pathogénie doit être cherchée dans les troubles vaso-moteurs qui se produisent dans le cerveau d'une manière réflexe par les nerfs ovariens excités pendant le processus de l'ovulation. Que le processus physiologique de la menstruation soit capable de provoquer des réflexes aussi considérables, cela s'explique par la tare cérébrale des individus qui ont une tendance à l'aliénation menstruelle. Selon le degré de cette tare, il se produit des symptômes nerveux qui peuvent aller d'une simple migraine aux accès d'aliénation.

D'après les expériences physiologiques (comp. Schlesinger, *Wien. med. Jahr.*, 1874, fasc. 1), on peut supposer que les centres nerveux vasculaires et ceux de l'utérus sont situés près les uns des autres et qu'ils présentent une réaction homogène les uns sur les autres.

Comme prodromes de la folie menstruelle et la précédant parfois pendant plusieurs jours, il faut mentionner l'insomnie et la grande irritabilité morale. Souvent un état fluxionnaire avec mal de tête, vertige et sensation d'oppression à l'épigastre, forment le début du complexus symptomatique.

L'aliénation est tantôt postmenstruelle, tantôt prémenstruelle, tantôt intra-menstruelle. L'époque de l'apparition de l'accès pendant la menstruation peut changer au cours de la maladie sans que le tableau morbide subisse une modification essentielle.

Dans les cas d'aliénation prémenstruelle, la maladie est souvent arrêtée par l'apparition de la menstruation.

Cette folie menstruelle se rapproche des autres formes de la folie périodique dans ce sens qu'elle éclate brusquement et se termine de même, que les accès se ressemblent jusque dans leurs moindres détails, que la personnalité est pendant l'accès mimiquement tout à fait autre qu'elle n'est en temps ordinaire et que dans l'état intervallaire il existe de nombreux symptômes psychiques et nerveux.

Avec l'explosion brusque et la baisse subite de l'accès, avec la fluxion vers le cerveau, dans la plupart des cas très prononcée, avec le trouble profond de l'intelligence et le souvenir sommaire qui en reste, avec la production des hallucinations en foule et la fréquence du stade de stupeur, le tableau morbide peut se dérouler sous forme maniaque, notamment comme folie furieuse empreinte de colère, ou comme un délire mélancolique ou hallucinatoire, mais avec un cachet particulier. Les symptômes intervallaires qui ne manquent jamais du côté du système nerveux, sont en partie l'expression de la constitution névropathique, en partie les symptômes d'une hystérie apparaissant simultanément ou d'autres complexus symptomatiques nerveux. Ils sont souvent difficiles à distinguer des derniers vestiges de l'accès (lassitude, stupeur) ainsi que des prodromes de l'accès prochain.

Il y a des cas où l'accès revient typiquement avec chaque menstruation. Avec le temps, les accès deviennent alors de plus en plus intenses et de plus en plus graves et en même temps leur durée devient plus longue. Alors des états de débilité secondaires (confusion générale, démence) se produisent. L'agitation peut devenir permanente, un accès se confondant avec l'autre.

Il arrive que les accès manquent spontanément et temporairement ; ce fait se produit parfois par suite de maladies aiguës graves (typhus) ou de l'apparition d'une aménorrhée probablement accompagnée d'une suspension de l'ovulation, ce qui fait que la cause occasionnelle du retour des accès est supprimée ; mais parfois cette absence des accès a lieu aussi sous l'influence du séjour dans un hôpital.

Le pronostic n'est pas défavorable dans les cas qui ne sont pas invétérés et quand les accès ne reviennent pas régulièrement, bien que la prédisposition ne puisse disparaître.

Au point de vue thérapeutique l'indication causale exige qu'on combatte la constitution névropathique, c'est-à-dire l'excitabilité augmentée du cerveau, à l'aide d'un régime psychique, en évitant les excitations sexuelles, en relevant la constitution (hydrothérapie), en soignant l'anémie (fer), les maladies utérines qui peuvent exister, les anomalies des règles (traitement gynécologique).

La prophylaxie de l'accès isolé exige qu'on note exactement les époques de la menstruation, qu'on établisse si l'accès se produit à une époque prémenstruelle ou post-menstruelle et qu'on essaie d'abaisser artificiellement l'excitabilité anormale au moment critique en employant les sels de brome, pas au-dessous de 6 grammes par jour et en augmentant selon les

circonstances la dose jusqu'à 10 grammes. Dans la période intermenstruelle il faut interrompre le traitement afin d'éviter l'empoisonnement bromuré. Dans le cas d'aménorrhée et de règles irrégulières, il faut, cela s'entend, se servir d'une manière permanente du bromure de potassium à plus petites doses (4 à 6 grammes). Il faut monter jusqu'à 8 grammes aussitôt que les règles se mettent à couler. L'atropine recommandée par Weiss (*op cit.*) de même que l'ergotine recommandée par Schlangenhausen (*Psych. Centralblatt*, 1877, 2) n'ont eu, dans les cas de mon observation personnelle d'action ni préventive ni atténuante.

L'indication symptomatique exige le repos au lit et l'isolement lors de l'explosion de l'accès. Le brome n'arrête pas dans ce cas, c'est vrai, mais atténue l'accès. Quand il y a une fluxion violente, les compresses de glace, les bains sont utiles. Dans certains cas invétérés, les injections de morphine ont une action atténuante et abrègent l'accès. Elles sont sans valeur au point de vue prophylactique.

Observation LIII. *Manie menstruelle périodique.* — Mlle A. S..., âgée de vingt ans, d'une famille très tarée, était scrofuleuse étant enfant; s'est développée avec une rapidité extraordinaire, était douée de grands talents, de tout temps excentrique, portée au romanesque, nerveuse et très émotive. Les règles apparurent à l'âge de seize ans; elles étaient aux périodes suivantes toujours régulières, mais souvent profuses. A l'âge de dix-huit ans, maladie hystériforme avec spasmes cloniques et toniques. Plus tard, grande nervosité et fréquemment syncopes.

L'été 1874, la malade tomba amoureuse d'un monsieur qui ne s'en doutait même pas; elle entra dans un état d'esprit romanesque et exalté; elle fut enfin arrachée par ses parents à ses illusions; elle devint alors hypocondriaque, mélancolique, déprimée, aboulique; elle croyait qu'elle était atteinte d'une maladie de cœur et qu'elle mourrait bientôt.

Le 20 octobre, elle eut ses règles; ensuite état d'esprit exalté, manières espiègles, remuantes, insomnie.

Le 30 octobre, le tableau d'une folie frénétique très avancée se développa en quelques heures. Émotion gaie allant jusqu'à l'extase, grande impulsion motrice, fuite des idées, confusion, accentuation des syllabes, rimailleries, tendance érotique dans le délire. Elle est enceinte, elle parle toujours de maux de cœur, de gage d'amour, d'Uhland, de son divin Théodore, auquel elle a voué son cœur et sa main. Rien que pour le plaisir de se donner du mouvement, elle bat et foule aux pieds les gens de son entourage. En même temps salivation; pas de phénomènes de fluxion vers le cerveau. Le pouls est petit, à 80; pas d'anémie; pas de troubles des fonctions motrices ni sensitives; constipation. Bains prolongés. Bromure de potassium (4 gr.).

Le 6 novembre, transition subite de la folie furieuse au calme; lucidité avec reconnaissance de son état. La malade est très émotive, sensible même aux irritations acoustiques et optiques, très lasse; elle a besoin du repos au lit. Elle n'a qu'un souvenir sommaire de sa maladie. Le mal de tête, la poussée des pensées et l'insomnie cèdent avec les bains prolongés pris le soir. Le 12 novembre, règles profuses jusqu'au 18 novembre. Le 16 novembre, on cesse de lui donner du bromure de potassium. Le 25 novembre, la malade, sans aucune cause, redevient frénétique, après un mal de tête qui a duré plusieurs heures. L'accès se déclare brusquement, atteint l'acmé au bout de quelques heures, évolue absolument comme le premier; émotion expansive continuelle, manières espiègles, érotiques, poussée énorme des pensées,

confusion, même fuite des idées, confusion des personnes, comme la première fois. Le 6 décembre, cessation brusque de la folie furieuse ; mêmes phénomènes intervallaires qu'au lendemain du premier accès. A partir du 25 novembre jusqu'au 6 décembre, on donne à la malade, chaque jour, du bromure de potassium (8 gr.). Ce moyen n'a été employé que symptomatiquement lors de l'explosion du paroxysme, et n'a donné aucun résultat.

Du 11 décembre jusqu'au 16, elle eut ses règles; le 20 décembre, après une nuit sans sommeil et un peu de mal de tête, nouvel accès de folie furieuse durant jusqu'au 28 et fidèle image du premier accès. Comme la signification périodique et menstruelle du cas était alors établie jusqu'à l'évidence, on continua de donner le bromure de pôtassium à partir du 20 décembre à la dose de 8 grammes, espérant obtenir une action préventive. Le 7 janvier, idées graves, rêves anxieux, mais pas de folie furieuse; à partir du 13, on donne 12 grammes de bromure de potassium; le 15 janvier, mal de tête, névralgie intercostale. La période critique passe sans accès; mais, à partir du 20 janvier, il y a des symptômes d'un commencement d'intoxication par le bromure de potassium; grand besoin de sommeil, faiblesse musculaire, pouls petit et rare, bruits du cœur faibles. Le 5 février, règles; les phénomènes d'intoxication s'accentuent. Stupeur, parésie générale avec sensibilité réflexe conservée. Vomissements pénibles de glaires visqueuses, anesthésie de l'arrière-bouche, pouls radial chétif. Incapable de manger et de rester assise. Avec de l'usage continu de 12 grammes de bromure de potassium la période critique se passe bien. A partir du 20 février on ne donne que 4 grammes. Démarche vacillante, chancelante, idiotisme total; bruits du cœur faibles, pouls à 114, filiforme. A partir du 15 février on cesse de donner le bromure de potassium. A partir du 27 février la stupeur, la faiblesse musculaire et cardiaque disparaissent. Le 10 mars, les phénomènes de l'intoxication par le bromure de potassium ont complètement disparu. Le 10 mars, menstruation, 2 grammes de bromure; le 13 mars, 6 grammes; le 15 mars, 8 grammes; le 17 mars, 6 grammes et le 21 mars 3 grammes; pas d'oscillations dans l'état général. Le 22 mars, le bromure de potassium, qui cette fois n'a laissé aucune trace d'intoxication, est supprimé. Sauf quelques légers malaises nerveux, la malade se porte tout à fait bien pendant l'intervalle. Le 4 avril, 4 grammes de bromure; règles le 6 avril; le 9 avril, 6 grammes. Le 11 avril, les règles sont passées; le 13 avril, 4 grammes; le 16 avril on cesse de donner du bromure. Sauf un peu de mal de tête on n'a pu cette fois remarquer rien de morbide; dans la suite il y eut souvent des sensations de boule, de la névralgie intercostale. Le 3 mai, menstruation, 4 grammes de bromure, en augmentant chaque jour de 1 gramme. Le 8 mai, les règles sont passées; le 10 mai, on donne encore 6 grammes; le 14 mai, 4 grammes; le 18 mai, suppression du bromure; la malade se trouve tout à fait bien. Le 26 mai, menstruation en avance de quelques jours, 4 grammes de bromure de potassium; les jours suivants, boule et spasme, pleurs; le 29 mai, 6 grammes; le 30 mai, règles passées; le 1er juin, bromure supprimé. Elle fut renvoyée comme guérie dans les premiers jours de juin. Dans la période suivante son état physique est excellent, les malaises hystériques disparaissent complètement. On n'observe plus chez elle aucun trouble psychique. A l'époque de la menstruation qui est régulière, on donne encore, par mesure de précaution, du bromure de potassium de la même manière qu'on l'a donné jusqu'ici. A partir du mois de janvier 1876, même après la suppression de ce médicament, on n'a plus constaté d'états psychopathiques consécutifs à la menstruation.

TROISIÈME PARTIE

ALIÉNATION MENTALE DUE AUX NÉVROSES CONSTITUTIONNELLES

En faisant l'exposé général des prédispositions morbides, nous avons rappelé la fréquence avec laquelle les névroses se rencontrent chez les individus prédisposés et dont on peut souvent suivre la filière à travers toute leur existence.

C'est particulièrement le cas pour la neurasthénie, l'hystérie, l'hypocondrie.

Cette présence des névroses n'est point due au hasard ; c'est un phénomène partiel clinique de la tare générale. La névrose est un facteur intégrant dans la prédisposition et dans le développement de la personnalité physico-intellectuelle, un fardeau dans la véritable acception du mot, que le porteur est forcé de traîner avec lui pendant la plus grande partie de son existence, dont il ne peut se débarrasser que rarement et passagèrement, et qui amène souvent une infirmité intellectuelle.

La névrose a une signification profondément constitutionnelle ; elle est évidemment causée par des anomalies dans la disposition et le développement du système nerveux central ; par là, elle est le contraire manifeste et diffère profondément au point de vue du pronostic des névroses qui peuvent atteindre d'une manière bénigne et épisodique un système nerveux bien doué et accessible aux tentatives de guérison. Ce sont des différences étiologiques, cliniques et pronostiques analogues à celles qu'on constate dans les psychoses, suivant que ces dernières se sont développées sur une tare ou non. Qu'on songe à la différence qui existe entre une folie raisonnante mélancolique constitutionnelle bien que se manifestant d'une manière bénigne, et une mélancolie à forme de psychonévrose. Dans tous les cas l'analogie est parfaite en ce qui concerne la différence entre une neurasthénie postpuerpérale ou post-fébrile aiguë ou subaiguë et une neurasthénie constitutionnelle bien que bénigne en elle-même qui s'est manifestée dès le premier âge, qui s'est développée avec les processus de la puberté, qui vous accompagne toute la vie comme le lot fatal d'un système nerveux central à prédisposition morbide, qui de temps en temps devient latent, mais toujours réapparaît par suite d'accidents minimes. Une telle personnalité est, durant toute sa vie, menacée de verser dans une maladie mentale qui doit être souvent interprétée comme le stade terminal d'un état morbide tendant à prendre un développement de plus en plus vaste et dégénératif.

CHAPITRE PREMIER

ALIÉNATION A BASE NEURASTHÉNIQUE

NEUROPSYCHOSE ASTHÉNIQUE [1]

Sous la dénomination de neurasthénie ou faiblesse nerveuse on peut comprendre un état du système nerveux tout entier, qui, avec nos conditions de civilisation moderne, se manifeste de plus en plus fréquemment et dont les phénomènes fondamentaux consistent cliniquement en une susceptibilité anormale et un épuisement très rapide des fonctions nerveuses. Cet état est très probablement l'expression d'un trouble de la nutrition du système nerveux central qui amène une insuffisance dans l'accumulation des forces de tension et qui pour ranimer les forces de tension épuisées n'offre qu'une compensation trop lente et insuffisante.

Comme les asthéniques qui présentent ce phénomène de la mutation intraorganique et des capacités fonctionnelles, mangent et digèrent bien dans certaines circonstances et peuvent même avoir l'air florissant et bien portant, le trouble de la nutrition de leurs centres nerveux doit être d'une nature très ténue, peut-être une anomalie trophique des cellules ganglionnaires, à la suite de laquelle ils ne peuvent tirer de leurs substances alimentaires que des produits d'une valeur secondaire. Le système nerveux central est ainsi troublé fonctionnellement. Cette atteinte se manifeste essentiellement par le fait que le travail d'arrêt des centres supérieurs est insuffisant. C'est ce qui explique la facilité anormale avec laquelle se produisent les irradiations et les réflexes qui se manifestent surtout dans la sphère urogénitale, la sphère végétative et le cerveau.

Ces réflexes sont particulièrement nets et importants dans le système vaso-moteur et dans le système nerveux cardiaque, ce qui fait que la pression et la tension du sang sont continuellement exposées à des oscillations. On peut discuter sur la question de savoir si la

[1] Littérature : Axenfeld, *Traité des névroses*, Paris, 1883 (littérature complète jusqu'en 1884).— Beard, *La faiblesse nerveuse*, traduit en allemand par Neisser, 1881.— Beard, *La neurasthénie sexuelle*, 1885. — Arndt, *Die Neurasthenie*, Vienne, 1885.

neurasthénie est une névrose à part ou si elle représente un mode de réaction pathologique particulier du système nerveux central. Tout spécialiste expérimenté conviendra que la neurasthénie présente un groupement de symptômes cliniques qui lui sont particuliers et qui — (sans préjudice des différents symptômes qu'on rencontre aussi dans les autres névroses et qu'on pourrait considérer comme empruntés à elle, qui se confondent souvent avec ces derniers et qui donnent même lieu à des complications d'hypocondrie et d'hystérie) — présentent un tableau clinique précis et facile à reconnaître.

La neurasthénie est générale, c'est-à-dire est une névrose qui atteint tout le système nerveux et, comme les troubles psychiques y jouent un rôle remarquable, on peut la considérer comme une neuropsychose.

Comme névrose bénigne, sans prédisposition, mais produite uniquement et accidentellement par une atteinte passagère et qu'on peut faire cesser, elle a une marche subaiguë et arrive, au plus tard au bout de quelques mois, à se terminer par la guérison. La maladie constitutionnelle dont nous nous occupons ici représente une névrose chronique qui dure des années et même des lustres, qui est rémittente et exacerbante, et qui se termine souvent par une infirmité ou une maladie mentale.

Ce n'est que rarement que le début est brusque, mais alors il l'est par suite d'une puissante prédisposition et d'une occasion accidentelle qui agit à la manière d'un choc violent.

D'ordinaire la maladie se développe avec des phénomènes successifs d'irritation et d'épuisement du système nerveux, phénomènes qu'au début on peut faire disparaître par le repos et le sommeil, mais qui finalement deviennent permanents, car l'organe central est devenu incapable de rétablir l'équilibre entre la production et la dépense des forces nerveuses. Les phénomènes de lassitude sont des perceptions générales troublées : lassitude générale, caducité, sentiment d'entrave, de découragement, travail intellectuel alourdi, besoin de sommeil, de nourriture, de boissons et même de stimulants.

L'esprit souffre de très bonne heure et le sentiment anxieux de l'imminence d'une grave maladie s'empare du malade.

De bonne heure des phénomènes d'excitation s'ajoutent à ces phénomènes de lassitude : il y a une excitabilité émotive, un éréthisme de l'écorce cérébrale par suite duquel la vie de l'imagination se manifeste avec une intensité anormale; certains groupes d'idées pour la plupart de nature pénible apparaissent toujours au premier plan, ne laissent prendre aucun repos au cerveau et persistent même pendant le sommeil. Par ce fait le sommeil devient plus léger, souvent interrompu; il ressemble de plus en plus à une demi-somnolence avec rêves confus et devient fatiguant. Les symptômes qui se manifestent encore de bonne heure sont : symptômes vaso-moteurs de pléthore sanguine qui change de région (tête serrée, fluxion au cerveau, palpitations de cœur, sensation d'oppression, etc.) et anémie (crampe vasculaire allant jusqu'à l'asphyxie locale, sensations de froid, etc.).

Le symptôme commun le plus important au cours de la maladie, c'est le sentiment d'épuisement des forces physiques et psychiques et la dépression qui résulte de cette conviction, avec idées tristes pour l'avenir, et allant jusqu'à l'abattement nosophobique et au désespoir. Au cours de la maladie fondamentale les groupes de symptômes et les manifestations périphériques du malaise peuvent changer. Souvent des causes accidentelles déterminent cette modification ; par exemple, une faute de diététique donne aux malaises gastriques une prédominance temporaire, une émotion fait prédominer l'anxiété des nerfs cardiaques, le surmenage intellectuel amène la prédominance des malaises cérébraux.

Toute description détaillée des symptômes élémentaires du trouble des fonctions nerveuses dans la neurasthénie doit considérer en première ligne les troubles psychiques.

Les troubles psychiques sont constants et en ce qui concerne la nature et en ce qui concerne le mode de production des sentiments : ceux de la première catégorie se manifestent comme un état de tristesse motivé par le sentiment qu'on est gravement malade au physique; ceux du second genre se manifestent par la facilitée dans la production des émotions qui, en outre, sont d'une durée et d'une force anormales, et qui exercent encore un effet nuisible par leur influence sur les fonctions vaso-motrices, si étroitement liées avec la vie des sentiments.

Une source principale d'émotions provient du sentiment qu'on est malade (sensations désagréables nombreuses, tonus musculaire abaissé, diminution de la capacité pour le travail physique et intellectuel, avec altération grave de la confiance en soi-même). Les images mentales sont nécessairement sous la domination de ces sentiments; elles deviennent par là des conceptions nosophobiques qui passagèrement peuvent prendre le caractère de véritables représentations obsédantes [1]. La substance concrète de ces représentations peut d'ordinaire se ramener à des phénomènes physiques. Une représentation de ce genre et qui est très fréquente, c'est l'idée qu'on perd la raison, idée qui se produit par une fausse interprétation nosophobique d'une pression à la tête, d'une entrave dans l'opération de la pensée; les idées d'apoplexie imminente, de danger subit en général, se rattachent à des palpitations, à des sensations d'oppression, de boule, etc. Ces malades n'osent guère quitter alors la maison, ni monter en voiture, ni rester dans un espace clos, ni marcher sur une place déserte. D'une façon analogue des images mentales de danger peuvent se présenter à l'approche d'un orage, à l'aspect d'un poison, d'un métal, des chiens, etc.

Ce qui est digne de remarque, c'est l'effet produit par ces conceptions : sur le moral (angoisse, oppression), sur la pensée (confusion), sur la volonté (incapacité pour les efforts), sur le système vasculaire (crampe

[1] Comparez V. Krafft, *Ueber formale Störungen des Vorstellens, Vierteljahrsschr. f. ger. Med.*, 1870 (avec littérature). — Ibid., *Ueber Zwangsvorstellungen bei Nervenkranken* dans les *Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark*, 1883.

vasculaire, pâleur, palpitations de cœur), sur les appareils sécrétoires (diarrhée, spasme de la vessie, diminution de la sécrétion salivaire, sueurs) sur le tonus musculaire (flageollement des jambes, tremblements), etc.

A l'acmé de l'affection, l'idée de danger peut s'accentuer et devenir même une illusion faisant croire que la situation redoutée s'est réellement produite; mais avec l'apaisement cette illusion cède à la rectification faite par l'esprit devenu plus calme. La marche des conceptions est alourdie par suite des processus d'entrave. La perception aussi est pâle et parfois même il y a temporairement absence de la tonalité que donnent ordinairement les sensations accompagnant la perception. L'opération de penser est rendue plus difficile et va jusqu'au manque complet de compréhension; en outre elle fatigue très vite. Les reproductions sont pâles, difficilement retrouvées (faiblesse de la mémoire); l'opération pour conclure et juger est plus difficile et manque de sûreté.

Le sentiment de leur faiblesse et de leur maladie paralyse l'énergie et la force d'initiative de ces malades, les rend découragés, indécis, inconstants, pusillanimes, mous, hésitants jusqu'à l'incapacité temporaire de se guider eux-mêmes.

Le sommeil en souffre presque toujours, car l'organe psychique arrive difficilement au repos; il en est empêché par la durée continue des excitations psychiques (émotions, représentations, idées imaginaires allant jusqu'à un véritable éréthisme cérébral) ou bien par des processus physiques (palpitations, sensations de pulsation, inquiétude musculaire, etc.); des rêves terrifiants interrompent bientôt le sommeil. En général le sommeil est léger, fatigant, ressemblant plutôt à une demi-somnolence telle qu'on l'obtient artificiellement à l'aide des narcotiques. Parfois au contraire il est d'une profondeur anormale et dure longtemps (léthargie).

Les troubles sensoriels consistent soit en phénomènes de faiblesse irritable (hyperesthésie, tonalité des impressions d'une force anormale, relâchement excessivement rapide de la fonction allant jusqu'à l'épuisement temporaire), soit en phénomènes d'excitation subjective (mouches volantes, acusmes, etc.). Un symptôme particulièrement gênant, c'est l'asthénopie neurasthénique.

Les troubles sensibles, aussi bien cutanés que musculaires et viscéraux, sont des symptômes extraordinairement fréquents. Les plus fréquents sont les paralgies; après celles-ci viennent, suivant leur degré de fréquence, les névralgies, les paresthésies. Les anesthésies sont rares. Ces troubles sensitifs ne se localisent pas à un trajet nerveux déterminé. Un phénomène particulièrement important et qui rentre dans cette catégorie, c'est l'irritation spinale.

Comme expression du trouble de la perception générale, on peut noter la grande lassitude, la caducité, l'épuisement rapide des malades. Cet épuisement ne peut être interprété comme un symptôme de fatigue : souvent, le matin, après le réveil, il est à son plus haut degré; en général il dépend d'influences psychiques.

On trouve très fréquemment des phénomènes sympathiques centraux : boulimie alternante, anorexie, troubles gastriques, digestifs et sécrétoires.

Il existe souvent un besoin remarquable pour certaines substances de consommation qui améliorent temporairement l'état névrotique (alcool, tabac, coca, etc.). Avec ce besoin existe le danger d'abus et d'intoxication chronique. L'idiosyncrasie pour certains aliments, l'intolérance pour certains médicaments (fer, narcotiques) ne sont pas rares non plus.

La vita sexualis est généralement éteinte, sans préjudice de quelques états d'excitation épisodiques.

Un rôle important est joué dans tous les cas par les troubles vasomoteurs. La couleur variable de la figure, le changement de la répartition du sang dans les différentes régions (aux extrémités souvent pouls spasmodique allant jusqu'à l'asphyxie locale), l'alternance des sensations de chaleur et de froid, des serrements de cœur allant jusqu'à l'angine de poitrine et à l'angoisse précordiale (crampe vasculaire dans la région des artères cardiaques ?) indiquent la faiblesse irritable, c'est-à-dire la facilité anormale de la mise en action des vaso-moteurs et de leur épuisement rapide. C'est probablement aussi une crampe vasculaire locale qui est la cause de cette sensation pénible de pression sur la tête qui dans la plupart des cas va de pair avec les paralgies et l'augmentation de l'entrave psychique, en même temps qu'avec la dépression morale.

Comme troubles sécrétoires nous devons mentionner : la phosphaturie, l'oxalurie, l'hypéridrose générale, hémilatérale ou partielle, la diminution de la sécrétion des glandes sébacées (peau sèche) et de la synovie (grincement des articulations).

Comme troubles moteurs on doit citer : diminution du tonus musculaire, épuisement rapide avec sensation d'engourdissement des groupes de muscles épuisés et réaction défectueuse, diminution effective de l'innervation (voix faible, basse, etc.), trémor, convulsions fibrillaires.

Les réflexes sont en général augmentés par suite de la faiblesse fonctionnelle des mécanismes d'arrêt (convulsions au moment de s'endormir, augmentation des réflexes de la peau et des réflexes patellaires, crampes dans les jarrets, éjaculation précoce, pollutions, cystospasme, etc.).

La neurasthénie chronique se rencontre presque exclusivement sur un terrain à tare névropathique; elle est une des importantes manifestations cliniques de cette dernière, et en même temps la base sur laquelle d'autres névroses et psychoses se développent (hypocondrie surtout chez l'homme, hystérie chez la femme).

Sans doute la névrose peut être aussi acquise par suite d'une maladie aiguë grave, par le surmenage intellectuel et physique, par un choc moral ou physique (railway spine), par les accouchements fréquents, par les abus sexuels, notamment la masturbation.

Comme formes spéciales de la neurasthénie, on peut distinguer la forme cérébrale, spinale et viscérale. Ces formes peuvent exister simultanément (neurasthénie universelle), ou en combinaisons variées, ou consécutivement chez l'individu prédisposé.

Des agénésies régionaires, au sens d'Arndt, peuvent, chez l'individu, constituer la prédisposition à être atteint d'une forme de neurasthénie déterminée. Sans doute les causes occasionnelles particulières sont décisives aussi dans ce cas.

La forme cérébrale se produit facilement par fatigues cérébrales de toutes sortes (surmenage intellectuel, surtout quand il est aggravé par des émotions, etc.). Le tableau morbide est représenté en grande partie et d'une manière très caractéristique par des troubles des fonctions psychiques et sensorielles. L'entrave intellectuelle peut aller jusqu'à l'incapacité, l'arrêt des sentiments jusqu'à l'anesthésie psychique, l'entrave de la perception jusqu'à la cécité et à la surdité psychiques temporaires. J'ai même observé de l'aphasie amnésique et de l'agraphie. La tristesse, qui ne fait jamais défaut, est réactive, contrairement à celle de la mélancolie ; mais on rencontre parfois des transitions à peine perceptibles vers cette dernière.

Les représentations obsédantes sont fréquentes, avec phénomènes accessoires fortement dysthymiques, et même avec tendance au suicide ou aux idées d'hostilité contre le monde extérieur.

La pression de la tête ne fait presque jamais défaut, et elle entretient d'ordinaire des idées nosophobiques de ramollissement cérébral, de folie imminente, idées qui alarment le moral à l'excès. Souvent il existe de l'asthénopie ; le cystospasme n'est pas rare.

La neurasthénie spinale est, la plupart du temps, une conséquence du surmenage physique, des maladies graves, du puerpérium, des excès sexuels, des émotions. Les malades se fatiguent vite, se sentent abattus, se plaignent de paralysies dans la peau, les muscles, les articulations, sont épuisés au moindre effort; alors, par l'irradiation aux nerfs vasomoteurs, sécrétoires et cardiaques, ils sont pris de palpitations, de sueurs, de sentiments d'oppression et d'angoisse. Les réflexes profonds sont augmentés, le sommeil est troublé par des soubresauts. Souvent il y a des sensations d'assourdissement, réaction de l'entrave musculaire à la stimulation de la volonté, des paresthésies et même des anesthésies circonscrites.

Fréquemment, l'irritation spinale avec les divers autres troubles fonctionnels spinaux devient le fondement de l'idée qu'on est malade de la moelle épinière, idée qui souvent se maintient avec une opiniâtreté désespérante.

Parmi les neurasthénies viscérales, il faut relever particulièrement la neurasthénie cardiaque. Elle se produit chez les tarés, ou même chez les asthéniques par suite d'émotions, de l'usage de bains trop chauds, de l'abus excessif du tabac. La maladie consiste en accès de troubles dans l'innervation cardiaque et en symptômes intervallaires. Les accès se manifestent par la sensation d'arrêt du cœur avec douleurs paralgiques, serrements, vibration dans la région cardiaque. Par irradiation sur le nerf vague et sur le glosso-pharyngé, il se produit de la suffocation, une sensation de boule, etc., etc.

Le malade croit que sa fin est proche par apoplexie ; il est pris de désespoir, et il aggrave son état par cette influence émotionnelle. Au bout de quelque temps, la situation arrive à résolution. Le malade est las, épuisé, il reste émotif, déséquilibré dans ses fonctions vaso-motrices, prédisposé à de nouveaux accès, vivement alarmé par l'idée qu'il a une maladie de cœur, d'autant plus que des malaises paralgiques dans la région cardiaque entretiennent les idées nosophobiques et sa tristesse.

La neurasthénie gastrique consiste soit en phénomènes de réaction dans le processus de la digestion et qui dépassent la mesure physiologique (ce qui s'explique par la facilité anormale de l'excitabilité réflexe et de la transmission des excitations, spécialement sur le système nerveux vaso-moteur), soit en malaises qui sont indépendants de la digestion (gastralgie, pyrosis, éructations, vomissements occasionnels d'eau avec des glaires, sensations de boule, boulimie alternant avec anorexie, constipation, pouls retardé, sommeil troublé, irritabilité émotive et tristesse).

Les malaises digestifs et les réactions sont : abasourdissement, pression, bruissement dans la tête avec fluxion, scintillement dans les yeux, bourdonnement dans les oreilles, agitation nerveuse, palpitations de cœur, sensations alternantes de chaleur et de froid, somnolence. En outre, il y a des malaises dyspeptiques (plénitude dans le creux de l'estomac, pulsation épigastrique, éructations, gonflement, mal au cœur, pyrosis). Un de mes malades disait d'une manière très caractéristique : « Tous les processus de la digestion arrivent à ma conscience. »

On comprend aisément que ces malades mangent aussi peu que possible, ce qui peut même amener un état d'inanition.

Le surmenage intellectuel, les émotions, même pendant le repas, et qui font alors avaler précipitamment et sans mâcher suffisamment, sont des causes importantes.

Une des formes les plus remarquables est la neurasthénie sexuelle. Chez l'homme, elle est causée par les excès sexuels, surtout la masturbation, par l'abstinence des plaisirs sexuels, quand il y a en même temps un vif libido qui souvent a pour conséquence l'onanisme psychique ; parfois la cause consiste aussi en une blennorrhagie chronique dans la région uréthrale postérieure. Au début, il y a des pollutions. C'est le signe d'une augmentation du pouvoir de réaction du centre éjaculatoire dans la moelle lombaire, qu'elle soit primaire (originaire ou à la suite d'abus non sexuels) ou secondaire, provoquée par des excitations périphériques (hyperesthésie de l'urèthre, de la prostate, du plexus sacré). Dans ce stade (névrose locale génitale), la faiblesse irritable du centre se manifeste aussi sous forme d'éjaculation précoce, lors du coït. Cette dernière rend le coït impossible et agit d'une manière déprimante sur le sentiment qu'on a de soi-même. Les pollutions ont un effet semblable à un choc et nuisible pour l'organe central ; elles réveillent chez le malade les craintes d'un commencement de maladie de la moelle épinière, d'autant plus que les symptômes de la névrose de la moelle lombaire se développent de plus en plus. Une profonde hypocondrie et la mélancolie peuvent être la conséquence de cet état de choses.

Sous l'influence de ces états d'esprit et de ces idées, une action entravante s'exerce sur le centre d'érection (impuissance psychique).

Dans la suite, il se produit un degré plus avancé de faiblesse irritable des centres de la moelle lombaire (névrose de la moelle lombaire). Les excitations de toutes sortes provoquent des pollutions et la faiblesse irritable les rend de plus en plus fréquentes. Le libido qui, dans la plupart des cas, est très grand, provoque des érections, mais le centre se trouvant en état de faiblesse irritable, ne permet pas une érection suffisante pour le coït. Les pollutions et le coït mènent à une neurasthénie spinale qui devient de plus en plus prononcée. Avec l'impuissance, elle produit un effet très déprimant et engendre l'idée du tabès et des tristesses hypocondriaques. Des paralgies et des névralgies dans le domaine du plexus lombo-sacré complètent le tableau de la neurasthénie spinale sexuelle. Quand il y a tare, cette neurasthénie devient une neurasthénie générale dans laquelle, suivant la nature des conditions accidentelles, les formes cérébrales ou gastriques prédominent. La neurasthénie à base sexuelle est caractérisée par un air timide et oppressé, par un sentiment de soi-même très abaissé, par une tristesse hypocondriaque avec peur du tabès, par un maintien mou, un tonus musculaire abaissé, un teint livide malgré une bonne nutrition générale, le tremblement d'intention et d'embarras allant jusqu'à la maladresse et à l'ataxie des mouvements aussitôt que le malade se sait observé. En outre, il y a une tendance à la dyspepsie, à la flatulence, à la constipation, grand changement dans la fréquence du pouls, qui bat jusqu'à 120 à l'occasion d'une émotion ou d'une fatigue physique, équilibre instable de la fonction vaso-motrice allant jusqu'à des accès occasionnels de crampe vasculaire générale avec palpitations violentes, angoisse paroxystique et serrement dans la région cardiaque. Viennent encore s'y ajouter des phénomènes de la névrose périphérique, génitale, et de la moelle lombaire, avec accentuation de tous les malaises, notamment des malaises psychiques, par suite des nouvelles éjaculations.

La neurasthénie sexuelle présente chez la femme une pathogénie et des symptômes analogues à celle de l'homme. Là aussi l'abusus Veneris, particulièrement la masturbation et l'onanisme psychique, jouent un rôle assez considérable, de même que le coïtus reservatus et interruptus. Comme équivalent de la pollution il y a des spasmes provoqués par les images de rêves lascifs, ce qui amène une sécrétion du conduit génital accompagnée d'émotion voluptueuse. L'effet de ces processus est analogue à celui que la pollution produit chez l'homme asthénique. Il y a encore des affections organiques et fonctionnelles, très importantes au point de vue étiologique, du vagin, de l'utérus et des ovaires, car elles mènent à des hyperesthésies (analogues aux affections de l'urèthre et de la prostate chez l'homme).

Anatomiquement les tumeurs, les infarctus, les changements de position, les érosions de l'appareil génital ont une action irritante en comprimant ou en tiraillant les nerfs (Hegar). D'autres organes aussi qui sont innervés par le plexus honteux et sacré (maladies de la vessie, fissures

du rectum, hémorroïdes) peuvent avoir la même importance. Les phases sont : la névrose locale génitale, névrose de la moelle lombaire avec irritation spinale qui ne manque jamais, et névrose générale (neurasthénie avec des symptômes d'hystérie qui s'y ajoutent de temps en temps).

Souvent l'état pathologique date de l'époque du développement de la puberté (agénésies et anomalies de position congénitales de l'utérus) ou de celle de la ménopause. A la période menstruelle les malaises névrotiques sont toujours accentués. D'après Hegar, voici les symptômes qui indiquent l'existence d'une névrose sexuelle :

Début de la maladie par des symptômes du côté de la moelle lombaire, l'extension partant de la moelle lombaire ; apparition de symptômes surtout dans des régions qui sont en connexité sensitive avec les sphères sexuelles (estomac, gosier, poitrine, larynx, glande thyroïde, trijumeau) ; accès commençant par des symptômes d'aura sur le trajet des nerfs du plexus lombaire et sacré, absence d'anomalies ou de maladies d'autres parties du corps comme causes de la névrose.

La thérapeutique de ces formes multiples et variées de la neurasthénie doit être d'abord psychique et tenir compte des causes. Les interventions thérapeutiques directes doivent réagir contre la faiblesse irritable à l'aide des toniques dans l'acception la plus large du mot.

Le régime doit être fortifiant autant que possible, riche en protéine et en graisse. Les stimulants et les articles de consommation dits de plaisir doivent être évités en général. Parmi les phénomènes physiques l'aérothérapie (séjour dans les montagnes), l'hydrothérapie (frictions, demi-bain, bains de rivière et de mer), l'électricité (faradisation générale, bain électrique) jouent un rôle considérable. La thérapeutique médicamenteuse doit utiliser selon les cas : le fer, l'arsenic, la strychnine, le phosphore, l'ergotine, l'opium, le zinc, la cocaïne, la quinine. Symptomatiquement on peut considérer comme des sédatifs précieux : le piscidia (extrait fluide) et les sels de brome. Comme hypnotique, on peut citer en première ligne la paraldéhyde, ensuite l'hydrate d'amylène et le sulfonal. L'hydrate de chloral ne devrait être employé que tout à fait épisodiquement. Dans le cas où la nutrition est très abaissée (certaines formes de la neurasthénie gastrique), l'alimentation forcée (Playfair) serait indiquée.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'exposé de la thérapeutique détaillée de chaque forme de neurasthénie.

Psychoses a base neurasthénique

La neurasthénie, de même que les autres névroses générales, constitue une puissante prédisposition pour la naissance des psychoses qui se développent épisodiquement ou comme terminaisons. Elles se divisent nettement en deux groupes dont l'un peut être désigné comme groupe psychonévrotique, l'autre comme groupe dégénératif.

En effet, les cas de ce deuxième groupe ne se développent que sur la

base d'une tare grave dont précisément la neurasthénie constitutionnelle et chronique représente un symptôme principal.

Le groupe psychonévrotique comprend les cas dans lesquels la tare est minime ou manque tout à fait et dans lesquels l'état neurasthénique est un état acquis, plutôt épisodique, mais dans tous les cas non constitutionnel. Les psychoses de ce groupe sont en partie transitoires, en partie durables. Les psychoses durables présentent le tableau pathologique de la mélancolie, de la stupidité et de la vésanie, tableaux bien connus et qui ont déjà été analysés dans le chapitre des psychonévroses. La grande majorité des cas de stupidité et de vésanie se rencontre dans les cas à base neurasthénique bénigne. Comme formes dégénératives de la neurasthénie nous étudierons la folie des obsessions et les formes de la paranoïa qui, sur le terrain particulier de la neurasthénie, ont une allure clinique particulière. Les cas de folie raisonnante mélancolique rentrent en grande majorité dans cette catégorie.

A. — Psychonévroses a base neurasthénique

1° *Folie transitoire*[1].

Cette forme de folie apparaît parfois à l'acmé d'une neurasthénie cérébrale, comme état culminant d'un état d'épuisement cérébral qui est aussi accompagné de signes extérieurs d'inanition et d'épuisement (tremor, températures subnormales). La plupart du temps il s'agit de cas de neurasthénie acquise et qui sont survenus d'une manière plus ou moins aiguë. Comme dernières causes de la folie transitoire on peut admettre les nuits blanches qui usent les derniers restes des forces de tension. Aussi avec le rétablissement du sommeil et une meilleure nutrition on obtient bien vite la résolution.

L'épuisement de l'organe psychique se manifeste par une obnubilation de la conscience allant jusqu'à la perte des sens avec les défectuosités de la mémoire correspondantes, phénomènes de lacune sur le terrain des fonctions sensorielles et qui vont jusqu'à la suppression de la perception et à la perte des conceptions du mouvement et du langage. La peur, des représentations délirantes et isolées surgissent dans cet état d'épuisement intellectuel qui frise souvent la stupeur, et mènent à des actes insensés à allures somnambuliques. Il se produit aussi des états crépusculaires, des états de rêve, de stupeur, ainsi que des états délirants qui peuvent parfaitement cadrer avec ceux de nature épileptique, mais qui doivent en être bien distinctement séparés en raison du pronostic, de la thérapeutique et de l'avenir social du malade. Avec la disparition de l'épuisement cérébral (qu'on obtient ordinairement avec le sommeil prolongé), la lucidité et la

[1] Comparez V. Krafft, *Ueber transitor. Irresein auf neurasthenischer Grundlage*, *Irrenfreund*, 1883, n° 8. — Le même, *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1891, n° 50. — Mayer, *Jahrb. f. Psych.*

correction se rétablissent rapidement. Les pupilles, habituellement dilatées et qui réagissent paresseusement, indiquent que l'état anémique du cerveau est la cause de cette folie transitoire. Le pouls petit, avec artère parfois contractée comme un fil de fer, fait songer à la possibilité d'une anémie cérébrale vaso-spasmodique. La durée de ces états peut être de quelques jours. Avant et après il y a des phénomènes nets de neurasthénie grave (cérébrale). Les récidives sont rares.

Observation LIV. *Folie transitoire neurasthénique (état crépusculaire somnambulique avec délire de haute position sociale).* — Le 14 août 1882, on a amené à la clinique de Gratz, M. H..., inspecteur de gare, quarante-un ans, marié; atteint le 12 de folie, il se croyait le chef de gare et se comportait en conséquence.

Le malade se démène confus et irrité; il demande à être amené devant ses supérieurs, puisqu'il est chef de gare. Sa place n'est pas ici. Il ignore qu'il se trouve dans un hôpital, se sent tout à fait bien portant et est irrité à juste titre que l'ancien chef ne veuille pas lui transmettre ses fonctions de service.

Le malade a le crâne normal; il n'a pas de fièvre; visiblement épuisé, il peut à peine se tenir sur ses jambes. Pouls petit, fréquent et facile à supprimer. Tremblement des mains. Bientôt le malade s'endort, fait un somme prolongé; le 15, il est orienté, mimiquement assez dégagé, mais il se croit toujours chef de gare et prétend avoir trouvé le décret de nomination à ce poste, il y a quelques jours, dans son armoire, chez lui. Il n'a pas réfléchi longuement sur la question de savoir comment ce décret était parvenu dans son armoire et pourquoi on ne le lui avait pas remis par la voie officielle réglementaire. Comme il y était dit qu'il devait prendre immédiatement son nouveau service, il s'est rendu dans ce but au bureau, mais l'ancien chef de gare qui de tout temps lui fut hostile, l'avait accueilli grossièrement et n'avait pas voulu lui transmettre son service. Il est parti, s'est plaint chez des gens de sa connaissance, est revenu vers l'ancien chef, mais celui-ci n'a pas voulu céder. Froissé, irrité et perplexe, il est rentré chez lui et a tout raconté à sa femme. Celle-ci l'a déclaré fou. Ensuite le médecin est venu et a essayé de le calmer. Pour ce qui s'est passé à partir de ce moment, il n'a qu'un souvenir sommaire. Il sait qu'il a passé la nuit du 13 sans sommeil, contrarié et craignant de nouvelles vexations du chef; il se sentait tout à fait malade par agitation et humiliation, n'avait le cœur ni à manger ni à boire. Le 14, on l'a amené à Gratz où tout lui paraissait étrange.

Le 15, le malade est tranquille, mais toujours avec son illusion. Il motive sa prétendue promotion par le fait que le conseil de direction des chemins de fer veut lui offrir une compensation pour les mauvais traitements et la mauvaise situation matérielle qu'il a dû supporter dans le passé.

Car depuis deux ans et demi il est très surmené dans le service des chemins de fer et télégraphes; il a une nombreuse famille et n'a qu'un petit salaire, des dettes, des soucis pour vivre et par-dessus le marché un chef qui lui fait des misères et des collègues qui lui en veulent. Depuis quelque temps il est devenu las, épuisé, irritable, oublieux jusqu'à perdre toute notion momentanément. Pour comble il avait encore cette préoccupation que dans cet état il ferait des bévues et s'attirerait des amendes. Ces temps derniers il était particulièrement fatigué et épuisé et avait souvent à peine le temps de prendre ses repas et de dormir; de plus le sommeil n'était plus réparateur.

Le 16, après avoir passé une bonne nuit avec un sommeil réparateur, le malade demande d'un air embarrassé à rentrer chez lui. Il voudrait savoir si l'histoire de sa

nomination est exacte. Il commence à rectifier ses idées. L'après-midi il annonce plein de joie que son « idée fixe » s'est éloignée. Dans la nuit du 12 il avait rêvé qu'il était devenu chef de gare et que le décret de cette nomination se trouvait dans son armoire. Le matin il s'était alors levé plein d'émotion joyeuse et ne s'était pas donné la peine de s'assurer si le fait était exact ou non. (Incapacité d'un cerveau épuisé à rectifier des événements arrivés en songe.)

Les paroles bienveillantes des médecins, ainsi que leurs observations l'ont mis en éveil et ont provoqué sa critique. C'était enfin comme si des écailles lui tombaient des yeux. Le malade nie avoir une prédisposition héréditaire, avoir eu autre fois des maladies; il affirme formellement n'avoir jamais pratiqué le potus. Aucun indice pour pouvoir admettre l'existence d'une épilepsie. Il est visiblement épuisé, a beaucoup de mal à rassembler ses idées et à les exprimer. Grâce à de bons soins et à un bon sommeil, il se remet rapidement et peut quitter la clinique le 20 août, guéri, sauf quelques légers malaises neurasthéniques. Bien que chez lui l'ancienne misère l'attendit et qu'il eut perdu sa place, il est resté psychiquement bien portant jusqu'au mois d'avril 1883; il fut alors amené de nouveau, mais cette fois atteint de délirium tremens. Le malheureux, pour tuer son chagrin. ses soucis et tromper la faim, s'est livré ces temps derniers à l'alcool. Un séjour de quinze jours à la clinique le rétablit de nouveau.

2° *Formes psycho-névrotiques durables.*

A cette catégorie appartiennent la stupidité (démence aiguë) et la vésanie, du moins en majorité, états qui, au point de vue de la classification, suivent de près les états d'épuisement transitoire du cerveau neurasthénique. Les manies à base neurasthénique par épuisement cérébral sont très rares. Evidemment la quantité minime des forces de tension qui existe dans ce cas n'est pas suffisante pour produire des états maniaques. Les mélancolies à base neurasthénique sont plus fréquentes. Comme exemple de ces mélancolies qui sont caractérisées plutôt par l'entrave que par la douleur psychique, on peut citer la mélancolie masturbatoire.

Mélancolie masturbatoire.

Elle se développe sur la base d'une mélancolie cérébro-spinale provoquée par la neurasthénie sexuelle. Le stade d'incubation répond au type de cette neuro-psychose dysthymique dans laquelle ne manque jamais l'explication nosophobique de la pression de la tête et de l'entrave des pensées (menace de folie) ou aussi de l'irritation spinale (tabes) ou du trouble des fonctions sexuelles (impuissance incurable). La maladie se développe lentement pour arriver à l'acmé de la psychose, ou d'une manière aiguë par suite d'un choc psychique, etc. (surtout la peur ; le fait d'être instruit sur les suites du vice). Le sentiment de soi-même est très abaissé. Le malade croit qu'on lit sur sa figure son onanisme et que pour cette raison il est méprisé de tous ; il se sent d'une manière très pénible l'objet de l'attention générale. Par suite d'hallucinations olfactives, il croit que son

corps pue et qu'on l'évite pour ce motif. La douleur psychique est moins un symptôme spontané qu'une réaction aux phénomènes d'entrave intellectuelle. Le malade est pathétique, théâtral dans la façon dont il exprime ses souffrances et la conscience de sa culpabilité. Il se pose moins en pécheur repentant, qu'en martyr victime de la fatalité, souvent avec des velléités religieuses. Dans ses explosions de désespoir souvent on remarque une grande irritation qui peut l'entraîner même à des actes agressifs contre son entourage.

Comme phénomènes dignes d'être notés il faut citer les accès d'angoisse épisodique surtout la nuit (par suite de neurasthénie cardiaque, angine de poitrine vaso-motrice) accès qui peuvent aller jusqu'au raptus mélancolique. Les tentatives de suicide sont tout à fait ordinaires chez ces malades. Il faut toujours s'y attendre. Souvent il arrive que soit par pénitence, soit par le vif désir de se sauver, le malade va jusqu'à se mutiler les parties génitales. L'incapacité de résister à l'impulsion enracinée et pourtant si redoutée de la masturbation, l'arrêt pénible de la volonté et des pensées sont souvent interprétés dans le sens qu'on est possédé par le diable, et dégénère en véritable démonomanie avec délire et hallucinations correspondantes.

Avec une tare plus profonde il y a souvent de la malpropreté, impulsion aux choses répugnantes (manger des excréments, des asticots, avaler le contenu des crachoirs, etc.), raptus impulsifs, représentations obsédantes, délires primordiaux, ayant pour la plupart un sujet religieux (messie).

Des transitions épisodiques vers la vésanie (hallucinatoire) ne sont pas rares dans la forme neurasthénique de ces états. Les traits communs qui indiquent la cause spéciale de la maladie résultent de l'attitude molle, brisée au physique comme au point de vue intellectuel, du caractère insipide, du sentimentalisme qu'on rencontre souvent chez ces malades, de leur penchant à la religion et au mysticisme ; somatiquement des malaises neurasthéniques, surtout pression à la tête, irritation spinale, ainsi que des hallucinations olfactives qui ne manquent guère. Le pronostic n'est pas défavorable. Toniques avec opium qui dans ce cas produit la plupart du temps un excellent effet, traitement hydriatique, surveillance du malade en ce qui concerne la masturbation : telles sont les principales indications de la thérapeutique. Je n'ai pas pu observer de différences tranchées dans le tableau pathologique suivant qu'il s'agissait d'hommes ou de femmes.

Observation LV. *Mélancolie masturbatoire.* — Mlle S..., vingt-trois ans, née d'une mère névropathe, dont le frère est mort à l'asile d'aliénés. Une sœur est morte dans les convulsions. La malade, dit-on, se serait développée d'une manière normale, sauf une tendance aux colères violentes ; dans son caractère elle n'offrait rien d'anormal. La puberté apparut à l'âge de quatorze ans, sans malaises. La malade avait du talent, surtout pour la musique ; a reçu une éducation brillante ; n'a pas eu de maladies graves jusqu'en 1882. A cette époque, débuta la neurasthénie (facilité à se fatiguer le corps et l'esprit, plaintes de pression à la tête, d'irritation spinale, de sommeil mauvais et non réparateur). La malade perdit sa gaîté ordinaire, maigrit, fut atteinte de malaises dyspeptiques, devint triste, irritable, rêvassait souvent,

manifestait un pessimisme général allant jusqu'au dégoût de la vie, négligeait sa mise, montrait du dégoût pour le travail, même pour la musique qu'elle aimait autrefois passionnément. Au cours du printemps de 1883, la malade devint de plus en plus aboulique, indifférente, anémiée, dominée par un grand nombre de sensations paralgiques, hypocondriaque, déprimée ; elle ne voulait pas manger, parce que rien ne pouvait passer dans son intestin, exprimait la crainte d'être atteinte d'un cancer et d'infecter les autres, raison pour laquelle elle évitait de plus en plus tout contact avec les gens de sa famille.

En même temps la nutrition diminuait d'une manière surprenante : il y avait anémie profonde.

Au mois de mai 1883 se déclarèrent des accès d'angoisse ayant les allures d'un raptus : dans un de ces accès, elle fait une tentative de suicide en se jetant à l'eau. Quand elle fut sauvée, elle manifesta un profond repentir et fit remarquer que son péché ne saurait lui être pardonné ; elle-même serait la cause de son malheur ; elle sent que sa raison s'en va de plus en plus, elle ne peut plus penser (pression à la tête). Elle perdra la raison, elle périra par suite d'une maladie cancéreuse dont elle sent déjà la mauvaise odeur. Elle se lamentait d'une manière sentimentale et insipide sur sa vie brisée, sa mort précoce, demandant qu'on ait pitié d'elle, qu'on veuille bien l'assommer, car elle ne méritait pas mieux. Comme au physique elle dépérissait de plus en plus, qu'elle refusait souvent toute nourriture et que les accès d'angoisse sous forme de raptus revenaient, la malade fut reçue à la clinique au mois d'août 1883.

Lors de sa réception, elle est pâle, anémique, amaigrie, avec des yeux cernés, teint terreux, nombreuses égratignures sur la figure et aux mains. Crâne régulier ; pas de stigmates de dégénérescence. Organes végétatifs sains. Lasse, épuisée, farouche ; attitude molle et courbée. La malade a des sensations en foule et éprouve des sensations physiques désagréables. Elle a senti un jour comment son esprit disparaissait et, dans sa peur de ne pouvoir plus vivre ainsi, elle s'est jetée à l'eau. Elle sent son corps comme une pierre, tout à fait bourré d'aliments. Son corps est complètement détruit ; elle ne peut plus penser, elle se sent comme un zéro, pleine de poux : la gardienne l'a nourrie avec des parasites ; elle est lourde comme du plomb, elle s'est abîmée elle-même, elle a commis quelque chose de terrible (masturbation), c'est elle qui est cause de tout. En même temps elle se lamente et dit qu'elle voudrait bien avoir un mari ; qu'on lui coupe la gorge. Elle pue déjà, elle est morte depuis longtemps. Elle ne comprend pas comment on veut la forcer à manger puisqu'elle est morte et déjà en putréfaction. Elle est une grande pécheresse. Il ne lui reste plus qu'à se livrer à l'enfer. Le train avec lequel elle est arrivée périra à cause d'elle ainsi que toute la ville de Gratz. Elle a des visions de diables, prend les gens de son entourage pour des diables, a des émotions d'attente anxieuse pour sa descente en enfer. Episodiquement elle est prise d'une humeur sentimentale douloureuse, très compliquée, et se raccroche alors à la religion, prend le médecin pour le Christ et une de ses compagnes de maladie pour la Mère de Dieu.

La malade est tenue au lit, on la nourrit bien, on lui donne du fer et du quinquina. Le sommeil très défectueux est soutenu par de la paraldéhyde.

Le tableau neurasthénique hypocondriaque et mélancolique se rapproche épisodiquement de celui de la vésanie : délire incohérent, état d'épuisement, visions de diables, illusions sur les gens de l'entourage qu'elle prend pour des personnages divins, voix persécutrices, accusatrices, consolatrices, hallucinations olfactives de putréfaction, d'œufs pourris, etc.

Au bout de quelques semaines, sous l'influence d'une nutrition meilleure, le

premier tableau de la mélancolie réapparaît ; il y a là prédominance des phénomènes d'entrave avec explications allégoriques. La malade se plaint qu'elle est toute bête, qu'elle ne sait plus ce qu'elle doit faire. Tout est mort. Elle aussi aimerait mieux être enterrée et mangée par les souris. Elle sent déjà comment elle est rongée par les vers (paralgies). Est-ce qu'elle ne sera pas bientôt égorgée et coupée en morceaux, puisque c'est elle qui est la cause de tout ?

Au cours du mois d'octobre, amélioration décisive. La malade reprend au point de vue physique, a de nouveau du turgor, des couleurs, reprend intérêt au monde extérieur, demande des nouvelles de la maison paternelle. Episodiquement elle est de nouveau une grande pécheresse, son sort est encore meilleur qu'elle ne le mérite, on la soigne trop bien et cependant sa place serait en enfer.

L'amélioration progresse avec les frictions avec le drap mouillé, le régime fortifiant et la médication tonique.

Au milieu du mois de novembre les accusations contre elle-même disparaissent et sont remplacées par un état d'esprit sentimental et même pessimiste. La malade rentre dans la première phase d'une névrose hypocondriaque neurasthénique ; elle se plaint du manque de clarté intellectuelle : pensées troubles, tête lourde et abrutie, idées hypocondriaques de cancer et de fièvre putride provenant des hallucinations olfactives et des paralgies, notamment de l'irritation spinale, qui se produisent encore de temps en temps ; pression à la tête avec plaintes que le cerveau a disparu. Peu à peu la malade arrive à reconnaître son état et elle reprend ses anciens penchants et ses anciennes occupations. Les exacerbations de l'état d'entrave, la tristesse et les malaises paralgiques neurasthéniques ainsi que les nouvelles hallucinations olfactives qui se produisent encore de temps en temps, peuvent toujours se ramener à des rechutes masturbatoires. A l'aide de l'hydrothérapie, du fer, d'une surveillance continuelle, la guérison s'établit peu à peu.

Le 3 janvier 1884 la malade est renvoyée guérie.

En automne 1886 je l'ai revue à l'occasion d'une visite. Mlle S... est une jeune fille florissante et fraîche au physique et à l'esprit.

B. — Dégénérescences psychiques a base neurasthénique

Parmi les formes qui doivent être étudiés dans ce chapitre, on rencontre une forme particulière du trouble mental, caractérisée par des représentations obsédantes et par le tableau clinique de la paranoïa.

1° *Trouble mental par idées obsédantes* [1].

Contrairement aux représentations obsédantes qu'on rencontre comme trouble élémentaire et épisodique chez les névropathes et les mélanco-

[1] Synonymes : folie abortive, folie du doute avec délire du toucher, folie avec conscience, pseudo-monomanie, impulsions intellectuelles, folie à idées imposées, délire émotif.

Littérature : Griesinger : *Arch. f. Psych.*, I, p. 626. — Berger, *Ibid.*, VI, fasc. 1. VIII, fasc. 3. — Salomon, VIII, fasc. 3. — Wille, XII, fasc. 1. — Falret, *Ann. méd. psychol.*, 1866. — Legrand du Saulle, *La folie du doute*, etc., Paris, 1875. — V. Krafft. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 35. — Schäfer, *Ibid.*, 36, p. 272. — Brosius, *Irrenfreund*, 1881. — Claus, *Ibid.*, 1830, n° 21 (avec la preuve intéressante que le poète Jean-Paul a longtemps avant les recherches scientifiques décrit dans son aumônier Schmelzle un cas typique de représentations obsédantes et d'actions imposées). — Ball, l'*Encéphale*, 1882, n° 2. — Tamburini, *Rivista sperim.*, IX, 1, 2, 3.

liques tarés, il s'agit ici de processus qui atteignent d'une manière durable la personnalité et influencent la vie intellectuelle dans tous les sens, soit en l'entravant, soit en l'ébranlant, soit en l'obsédant; ces processus ont en outre une marche particulière et par là ils prennent l'importance d'un type morbide spécial et bien caractérisé.

L'influence sur la pensée est entravante, sur les sentiments elle est ébranlante et provoque même des émotions de désespoir; au point de vue psycho-moteur elle produit des impulsions à des actes dans le sens des idées imposées ou bien empêche des actes qu'on a l'intention d'accomplir.

Cette aliénation à représentations obsédantes a une base neurasthénique. Ordinairement celle-ci peut être considérée comme une neurasthénie constitutionnelle et de cause héréditaire et sur cette base peut en outre se développer un tableau hystéropathique ou hypocondriaque comme névrose accompagnant les processus de la représentation obsédante. Ce n'est que dans des cas rares (Berger, *loc. cit.*) que la neurasthénie avec ou sans phénomènes hystériques ou hypocondriaques prononcés est une affection acquise (par le surmenage intellectuel, par les émotions, par les maladies graves et épuisantes, les accouchements qui se suivent de près, la lactation, les excès sexuels, surtout l'onanisme, etc.), et alors elle peut selon les circonstances avoir une durée éphémère. Les causes d'affaiblissement que nous venons d'énumérer constituent des causes occasionnelles pour l'explosion de la maladie.

Dans les cas qui se développent sur une tare (héréditaire), les phénomènes physiologiques seuls (puberté, ménopause) suffisent pour provoquer la maladie; souvent même elle éclate avant la puberté, dans l'enfance, comme la paranoïa originaire.

La maladie évolue sur le terrain neurasthénique; cela est démontré par ce fait que l'éclosion est provoquée directement par des éléments affaiblissants qui abaissent le tonus cérébral, tels que, par exemple, les émotions, les pertes de sang (comme les règles), les indispositions, les débauches, etc. Autre preuve : les recrudescences et les exacerbations de la maladie vont de pair avec les recrudescences et les exacerbations de la névrose qui l'accompagne, et par contre la thérapeutique de la faiblesse nerveuse améliore aussi l'état psychique.

La maladie se rencontre à peu près avec la même fréquence dans les deux sexes[1]. Les idées imposées ont bien des traits communs avec les délires primordiaux de la paranoïa, car ils sont primaires et manquent de toute base émotive; bien qu'appuyés par des émotions, ils surgissent des profondeurs de la vie mentale inconsciente en surprenant les conceptions conscientes et logiques, en les troublant, en s'y juxtaposant d'une manière étrange et en prenant finalement une force obsédante et accablante. Il y a cependant une différence fondamentale dans ce sens que les délires primordiaux de la paranoïa sont vite acceptés, assi-

[1] Ma casuistique personnelle comprend 23 hommes, 34 femmes; celle de Wilde, 7 hommes, 9 femmes; dans les autres cas de la littérature, on trouve 13 hommes, 14 femmes.

milés et façonnés pour devenir des illusions (systématiques), tandis que les représentations obsédantes, généralement du moins, se trouvent en face de la conscience constamment comme des intrus qu'on sent morbides, qui ne sont pas assimilables et qui troublent. En ce qui concerne la marche il y a encore des analogies en ce sens que la folie à idées imposées a avec la paranoïa ceci de commun que ces états véritablement constitutionnels, durables et en somme stationnaires, ne progressent pas au point d'amener des états de débilité psychique graves.

Du côté psychique il n'y a aucun stade d'incubation. Au milieu du bien-être intellectuel, les malades sont tout d'un coup pris par des idées qui n'ont aucun rapport avec leur état et qui n'ont été provoquées ni soutenues par aucune émotion, idées qui, avec une intensité et une obstination morbides, en dépit de toute l'énergie de la volonté et de l'association, demeurent dans la conscience jusqu'à ce qu'elles en sortent spontanément. Le malade a alors un moment de tranquillité ou bien un nouveau cycle d'idées fixes, importunes et tourmentantes, prend la place de celui qui vient de disparaître. Cette substitution est d'autant plus à craindre que l'état de réaction émotive produit par les représentations obsédantes abaisse la capacité d'arrêt des efforts de la volonté et de l'association et qu'en général l'excès du travail cérébral provoqué par l'accès met l'organe de la pensée dans un état de neurasthénie et de faiblesse irritable encore plus prononcé.

La cause immédiate de l'apparition de la conception obsédante concrète ne peut être décelée que dans quelques cas exceptionnels. Le réveil des idées imposées peut avoir lieu psychologiquement, par la voie de l'association des idées, à la suite d'une perception des sens, d'un événement surprenant, d'un mot rencontré dans une lecture, d'une prière récitée, d'une conversation, et, selon les circonstances, comme image de contraste. D'ordinaire le mode d'origine pourrait bien être d'ordre physiologique, organique, analogue à celui des délires primordiaux et alors le primum movens du développement de la conception obsédante est difficile à découvrir. Parfois on peut trouver une connexité entre les conceptions érotiques lascives et les phénomènes de la menstruation, une corrélation entre les idées destructives et une sensation physique désagréable, par exemple une névralgie avec laquelle se noue la représentation obsédante au statu nascendi. Le sujet des idées obsédantes est très varié, selon la richesse de la vie intellectuelle générale et la tendance individuelle. Sous ce rapport, il est indéniable que les anomalies originaires du caractère favorisent l'apparition de telle ou telle représentation obsédante ; par exemple, la manie de creuser les idées religieuses se rencontre chez les personnes bigotes, l'idée de souillure chez les individus prédisposés à l'hystérie, les idées de se préoccuper si tout est bien fait et mis à sa juste place chez les personnes qui de bonne heure se sont fait remarquer par leur pédantisme et leur sentiment méticuleux de l'ordre. D'autre part, on note ce phénomène surprenant que souvent les représentations obsédantes présentent un accord typique quant à leur sujet et même à leur ordre chronologique chez

des individus tout à fait différents par leur position sociale, par leur sexe, par leur degré d'instruction, etc. Un fait analogue a été d'ailleurs observé pour les délires primordiaux typiques de la paranoïa originaire.

Toutefois on peut présenter ces cas dans lesquels se manifeste typiquement d'abord l'obsession à méditer (généralement sur des sujets religieux et métaphysiques), puis l'idée obsédante de souillure par le métal, les animaux, etc., comme un tableau clinique particulier (folie du doute avec délire du toucher, Legrand du Saulle) dans le cadre de tout le groupe.

Ce genre de représentations obsédantes est le plus fréquent. Les conceptions de nature religieuse tournent autour des questions : qu'est-ce que Dieu ? y a-t-il un Dieu ? qu'est-ce que l'éternité ? pourquoi y a-t-il un diable ? y a-t il vraiment des diables ? y a-t-il une éternité, une providence ? Comme analogues on a des problèmes métaphysiques tels que : quelle est l'origine de l'homme, du monde ?

Certains malades sont obsédés et tourmentés sans cesse par des questions de mathématique, faisant dans leur tête les calculs les plus difficiles jusqu'à ce qu'ils en soient exténués. Chez d'autres à chaque perception des sens se rattache la question de savoir pourquoi ce phénomène s'est produit ou celle de savoir ce qui aurait lieu si le malade, par exemple à l'aspect d'un couteau, coupait la gorge à lui ou aux siens, ou si, au bord d'un fleuve, il poussait quelqu'un à l'eau : si dans le premier cas la mort serait instantanée et comment elle se produirait ? par hémorragie excessive ? si dans le dernier cas l'homme jeté à l'eau pourrait se sauver à la nage ? Ou bien il s'agit de représentations obsédantes inoffensives : si les dames qu'il rencontre sont belles ou laides, mariées ou non ?

A d'autres s'impose au milieu des occupations ordinaires et journalières la question de savoir s'ils s'acquittent bien de leur tâche, si par exemple une lettre est bien rédigée, c'est-à-dire assez claire, s'il n'y a pas de fautes d'orthographe, pas de taches d'encre, si l'adresse est écrite d'une manière lisible, si la lettre n'est pas restée accrochée dans la boîte aux lettres ? Puis, si une somme d'argent a été bien comptée, un compte bien soldé, les portes réellement fermées, les lumières éteintes, si aucun voleur ne s'est introduit ?

Il y a encore des représentations obsédantes d'une nature plus tourmentante, des scrupules à propos de tel ou tel acte, telle ou telle omission qui pourrait porter préjudice à sa propre santé ou à celle des autres. L'idée d'avoir porté atteinte à la santé et à la vie des autres avec une allumette, une épingle, en brisant du verre, une tache d'encre, tourmente ces malades, et leur imagination leur dépeint les conséquences les plus absurdes de leur négligence hypothétique ; en passant un pont ils sont pris de l'idée qu'ils ont poussé quelqu'un dans l'eau ; ils sont obligés de s'assurer si aucun des passants n'est pas tombé à l'eau ; la situation s'accentue au point de devenir une représentation obsédante tourmentante (avoir sur la conscience un assassinat).

En faisant les prières surgissent des conceptions de contraste : on voit « maudit » au lieu de « béni », « enfer » au lieu de « ciel », « *wilde sau* »

(sanglier sauvage) au lieu de « *liebe frau* » (« Notre-Dame »), et elle revient avec persistance toutes les fois qu'on essaie de redire le passage de la prière. Après la confession, le malade est tourmenté par l'idée d'avoir oublié des péchés, d'être indigne de recevoir la communion, d'avoir laissé tomber par terre des parties de la sainte hostie; d'une déposition devant les tribunaux vient l'idée obsédante qu'on a fait une déposition inexacte, qu'on a été parjure; quand on se trouve en compagnie de gens de sa connaissance ou dans un salon, il vient l'idée pénible d'avoir dit ou fait quelque chose de compromettant; dans les relations d'affaires, celle d'avoir perdu des papiers compromettants; dans un magasin ces malades sont torturés par l'idée d'avoir pris des marchandises ou que des objets se soient accrochés à leurs vêtements et aient été enlevés par eux. Dans la rue il leur vient l'idée obsédante de rougir et de se rendre par là ridicules, d'avoir poussé et fait tomber de son échelle un allumeur de lanternes. Ils sont forcés de se mettre en observation pendant des heures et de veiller si un enfant n'est pas écrasé par une voiture, si un couvreur ne tombe pas des toits, si un pont ne s'écroule pas, si au contraire tous les passants réussissent à le traverser sans accident.

Avec la marche de la maladie il se manifeste souvent des idées obsédantes de souillure par des ordures, par du poison. L'aspect des chats, des chiens éveillent l'image mentale du virus de la rage, de l'hydrophobie; la vue d'une vaisselle en cuivre ou d'un loquet en métal éveillent l'image mentale du vert-de-gris. Le malade est empoisonné, il transmet le poison à sa famille ; tous sont empoisonnés, etc.

Les représentations obsédantes ne sont pas toujours absurdes; elles peuvent tourner aussi autour de dangers réels et possibles, de problèmes philosophiques et mathématiques bien posés, etc. Ainsi un de mes malades se voyait forcé de creuser pendant plusieurs mois la question de savoir si sa fortune placée en rentes sur l'Etat était réellement en sécurité. Dans tous les cas, ce qui frappe immédiatement, c'est l'incapacité d'amener ces méditations à une conclusion, l'obsession avec laquelle elles s'imposent continuellement bien que le malade reconnaisse que ses appréhensions n'ont aucune probabilité, qu'elles sont même impossibles.

Le trouble dans la forme des conceptions, ainsi que le représente l'idée délirante, exerce son influence sur les autres fonctions de la vie psychique.

Dans la conception il entrave le libre jeu de l'association et ne permet pas aux conceptions qui remontent, calment ou rectifient, de faire leur apparition.

L'influence du trouble est particulièrement importante pour les actes et pour les sentiments. Malgré toute sa lucidité, malgré sa compréhension du caractère morbide du processus et sa conviction que l'idée obsédante est inutile et pénible, le malade est forcé de creuser sans cesse, de questionner, de voir pour s'assurer, de se représenter l'événement, de peser la probabilité, de lutter pour trouver le terme juste d'un passage d'une prière, etc., mais c'est en vain. Avec le temps des impulsions

s'allient à la représentation obsédante, poussant le malade à agir dans le sens de cette dernière ou bien amenant la contrainte à omettre certains actes.

Le malade se voit obligé de se protéger lui-même et de protéger les autres contre des dangers, de défaire les plis du tapis au salon, d'enlever les cailloux ou les pierres dans la rue, afin que personne ne se casse la jambe; à sa grande épouvante il se sent poussé par des obsessions de nature destructive, à se tuer ou à tuer les autres, à commettre un forfait, à proférer un blasphème, à mordre l'hostie, à la recracher, etc., à s'accuser devant les tribunaux comme parjure ou assassin. Ou bien, chose plus inoffensive, il se voit forcé de ranger continuellement tout, de mettre les objets à leur place, de se débarbouiller sans cesse, d'enlever de ses vêtements la poussière ou le poison imaginaire. Avec ces préoccupations imaginaires le malade perd beaucoup de temps inutilement et peu à peu il devient incapable de remplir ses devoirs professionnels. La contrainte qui l'oblige à s'abstenir de certains actes le rend aussi de plus en plus incapable de remplir ses obligations sociales. Il n'ose plus toucher aux loquets, aux vases de métal, ni fréquenter l'église ou le théâtre, de crainte qu'il ne commette un sacrilège ou qu'il ne se compromette; il n'ose plus se montrer dans la rue, ni traverser les ponts, car il craint de faire du mal à autrui, ou bien il veut éviter l'aspect des rues et des objets qui pourraient provoquer ses terribles idées obsédantes.

Au commencement il réussit encore à sortir, en choisissant les rues désertes ou en ne descendant dans la rue que le soir ou en passant les ponts au pas de course, etc.

La réaction de la représentation obsédante sur la vie émotive du malade est particulièrement importante. L'obsession provoque une angoisse réactive violente allant jusqu'aux explosions de désespoir et aux crises nerveuses (pouls spasmodique, tremblement, palpitations de cœur, syncopes).

L'angoisse s'explique par l'état de tension psychique tourmentante que l'idée obsédante met en œuvre, par le sentiment de l'impuissance à rompre cette contrainte, par le sujet pénible de l'idée obsédante en tant que ce sujet peut être un sacrilège, un outrage à la morale, un crime; il s'y ajoute encore la peur de succomber, par suite du relâchement de la force de résistance, à l'impulsion qui se joint à l'idée imposée et qui pousse à une action pouvant être ridicule, compromettante, sacrilège ou criminelle; enfin, ce qui accentue encore l'angoisse, c'est le danger de laisser voir cet état pénible, la crainte de devenir aliéné.

Si le malade peut céder aux idées imposées, s'il peut satisfaire sans inconvénient les impulsions qui se produisent, si ces dernières sont de nature inoffensive, s'il peut s'épancher en pleurant, la crise pénible passe vite, grâce à cette réaction motrice et sécrétoire, et il éprouve bientôt du soulagement.

La marche de la maladie présente des rémissions et des exacerbations. Les intermissions durant de longues années ne sont pas rares. Les

accès sont brusques et leur résolution l'est aussi. Une accumulation de paroxysmes isolés, formant série, est ordinairement suivie par un plus long entr'acte de repos et de recueillement. Les troubles somatiques qui accompagnent la maladie appartiennent à la névrose qui en est la base. Ainsi que dans les névroses en général, ici encore des accès spontanés d'angoisse et des phénomènes épileptiques se produisent souvent.

La mélancolie peut faire son apparition épisodiquement. J'ai observé un cas de folie à idées imposées compliqué de mélancolie périodique. Temporairement la critique du malade à l'égard de ses conceptions obsédantes peut se relâcher et celles-ci peuvent prendre le caractère d'équivalence des idées délirantes. Les terminaisons de la maladie sont ou la guérison ou des états de torpeur intellectuelle. Dans les cas acquis, non constitutionnels, j'ai vu plusieurs fois la guérison se produire; dans d'autres, j'ai vu en revanche des intermissions qui ont duré des années.

Les états terminaux de torpeur intellectuelle ne doivent pas être confondus avec l'imbécillité. Cette terminaison n'a pas encore été observée jusqu'ici [1].

Virtuellement ces malades restent parfaitement capables d'efforts intellectuels, mais l'obsession à creuser, à vérifier, à ranger, à laver, ne leur permet pas d'arriver à l'accomplissement de leurs devoirs professionnels ; leur horreur pour tout ce qui pourrait évoquer leurs idées obsédantes, les empêche de franchir le seuil de leur chambre, de sortir de leur maison, de s'occuper de lectures ou de toucher à certains objets. L'inactivité, leur perplexité désolante, la faiblesse de leur volonté et leur émotivité aigrissent finalement la vie de ces malades, les livrent à une contemplation sourde, les rendent inaccessibles aux dérivatifs et à la distraction bienfaisante et créent ainsi la situation la plus propice au retour continuel des conceptions obsédantes tant redoutées.

Pour expliquer ce trouble psychique intéressant, on peut fonctionnellement invoquer :

1° Une accentuation morbide de l'émotivité dans la vie des conceptions avec la tendance à rapporter immédiatement la perception ou le souveni à son propre moi (comme le paranoïque), avec une très vive impression sensitive de la conception ;

2° Une augmentation de l'activité de l'imagination qui, de l'idée obsédante concrète, fait ressortir les probabilités les plus lointaines, et qui par la liaison de cycles d'idées et de situations prises de très loin, stimule sans cesse l'imagination [2] ;

3° L'énergie de la pensée et de la volonté (travail du cerveau antérieur) dans la lutte contre les conceptions obsédantes par la provocation arbi-

[1] Berger a constaté chez une malade une intégrité absolue de l'intelligence après une durée de vingt années de la maladie, Kelp après une durée de trente-huit années.

[2] Exemple : une malade de Sander qui, à l'aspect de n'importe quel homme, est tourmentée de l'idée d'avoir fait avec lui le coït; une malade de Berger qui, à l'aspect des boîtes, est immédiatement et sans résistance obsédée par l'idée qu'il pourrait y avoir du poison qui pourrait porter préjudice à quelqu'un et qu'elle pourrait en être coupable.

traire des représentations est très abaissée chez ces névropathes (faiblesse irritable).

La thérapeutique de cette maladie doit en première ligne tenir compte de la base névrotique, neurasthénique, physique de la maladie. Un renforcement du système nerveux par les cures hydrothérapiques et climatériques, par les bains de mer, par la faradisation générale, par les médicaments toniques (fer, quinine, ergotine, arsenic) est la principale chose et donne des succès temporaires même dans les cas profondément constitutionnels.

Contre l'état de souffrance psychique, les influences psychiques bienfaisantes de la société, des voyages, des distractions, des occupations conformes au goût du malade et qui ne le fatiguent ni au point de vue émotif, ni physique, ni intellectuel, sont les mesures les plus importantes à prendre. L'impressionnabilité morbide de l'organe psychique est encore atténuée par les sels de brome (4 à 6 grammes) ainsi que par l'hydrate d'amylène qu'il faut employer longtemps. Par ces moyens on peut souvent éviter ou du moins couper et rendre plus supportables les paroxysmes, notamment ceux qui se produisent au moment de la menstruation.

Dans les accès les préparations de brome à grosses doses (6 à 10 grammes), les injections de morphine, le chloral, l'alcool, mais surtout les paroles réconfortantes de l'entourage, l'assurance par une personne de confiance que la chose est telle ou ne l'est pas, exercent une action essentiellement calmante.

Observation LVI. *Aliénation mentale par idées obsédantes.* — M. Von C..., banquier, cinquante-deux ans, issu de père nerveux, de mère maladive avec faiblesse nerveuse; se dit lui-même de constitution nerveuse; de tout temps irritable, sensible, impressionnable, comme le seraient aussi ses frères et ses sœurs.

A l'âge de dix-sept ans il perdit ses parents ; à l'âge de dix-huit ans il fut obligé de se mettre à la tête d'un grand établissement commercial et de travailler pour l'entretien de ses frères et de ses sœurs. De la plus haute probité et d'un caractère consciencieux allant jusqu'au scrupule et au pédantisme, il s'est acquis une grande fortune et une grande considération. Il menait une vie très sobre, mais était fumeur passionné; n'a jamais eu de syphilis et vivait depuis l'âge de vingt-sept ans très heureux en ménage.

Bien que très surmené et très actif, il se porta bien jusqu'en 1880, sauf quelques légers malaises neurasthéniques qu'il avait de temps en temps.

Au commencement de 1880, il devint cérébrasthénique par suite d'agitation à cause de ses affaires et de vives émotions (insomnie, pression à la tête, travail intellectuel alourdi, anorexie, émotivité). Au mois d'août il eut deux accès épileptiformes qui se succédèrent rapidement et dans lesquels il y eut prédominance des convulsions dans la moitié droite du corps. Alors il resta pendant quelques jours dans le coma, avec une hémiplégie du côté droit ; il se remit et dans la suite ne présenta plus aucun symptôme de maladie organique du cerveau. A la fin de 1880 son frère mourut. La cérébrasthénie s'exacerba.

Toutefois le malade se fatiguait en vaquant à ses affaires ; il resta capable de travailler jusqu'au commencement de 1884. Alors, un jour, en repassant un compte, l'idée l'envahit que peut-être le calcul n'était pas exact et qu'il s'était trompé au

détriment de son client. Il fut forcé de refaire le calcul toujours et toujours, mais il ne put pas se rassurer. Alors lui vint l'idée que ses anciens comptes étaient inexacts ; il n'eut plus de tranquillité, fut forcé d'examiner et de reviser ses livres de commerce et ses comptes depuis trente ans et de refaire ses calculs. Le malade lui-même est d'avis que cet énorme effort intellectuel l'a complètement épuisé.

Il n'osa plus travailler seul de peur de se tromper dans ses calculs et de porter préjudice aux autres. Il s'y ajoutait encore la peur de se compromettre soit en écrivant, soit en parlant, et c'est pour cette raison qu'il ne pouvait plus se décider ni à écrire ni à parler. Quand il voyait un morceau de papier quelconque, il était pris par l'idée obsédante que ce papier pourrait avoir quelque rapport avec sa personne. Il était agité, toujours tourmenté par des doutes : s'il a bien expédié ses affaires, s'il a bien mis les adresses, bien rédigé ses lettres, bien compté les sommes d'argent, bien et correctement inscrit tout sur ses livres. Finalement il n'osait plus conclure d'affaires qu'en présence d'hommes de confiance qui devenaient des vérificateurs. Quand il allait à confesse, une absolution verbale ne lui suffisait plus, il lui en fallait une par écrit.

Cette situation déjà pénible par elle-même, devint tout à fait désespérée quand, quelques mois plus tard, il s'y ajouta l'idée qu'il pourrait causer préjudice aux autres. Cela le mit dans une agitation violente, avec crises d'angoisse ; il ne pouvait plus voir ses enfants, croyait découvrir dans chaque petite tache, dans chaque petite trace de poussière, des morceaux de verre, des aiguilles, du poison, et causer par là des malheurs aux autres. Par peur de cette conséquence funeste il était poussé à se débarbouiller toute la journée, à examiner les vêtements et les ustensiles, à changer de vêtements continuellement, à chercher partout les aiguilles et les morceaux de verre, etc. Finalement il n'était pas tranquille si sa femme ne faisait pas de même (*pro forma*).

Pendant des heures et des journées, le malade reprenait sa tranquillité. Il était alors calme, réconforté, et avait une parfaite connaissance de son état morbide. Le 6 juin 1885, il me fut amené par sa famille fort inquiète.

C'est un homme de taille moyenne, vigoureux et très amaigri. Les organes végétatifs ont été trouvés normaux. L'examen le plus minutieux n'a pu faire découvrir aucun signe de maladie organique du cerveau. Pas de stigmates de dégénérescence ; on ne trouve pas non plus de symptômes de débilité psychique ou de mélancolie. Le malade donne un résumé clair de sa maladie ; momentanément il est parfaitement au-dessus de ses idées obsédantes et fait remarquer que ses scrupules excessifs et pédantesques lui sont importuns à lui-même, de même que son association d'idées qui reprend de très loin les probabilités les moins possibles.

Il voit lui-même que tout cela n'est que de la maladie, mais il ne peut pas en sortir. S'il l'essaie, il est pris d'une angoisse terrible et il devient tout agité. Du matin au soir il est tourmenté. Ses tristesses ne sont que réactives : « Le doute sur n'importe quoi, la crainte de causer du mal à mon prochain, n'importe par quel moyen, voilà le fond de ma maladie. »

Au point de vue physique j'ai trouvé des signes de cérébrasthénie (pression à la tête, sommeil peu réparateur, plainte de lassitude générale, moral abattu, grande émotivité).

Le malade se plaint qu'il est en proie à l'angoisse et à l'inquiétude continuelles de dire un mensonge quand il parle ou de prononcer des paroles compromettantes pour les autres ; en mangeant il est forcé d'examiner s'il n'y a pas de débris de verre ou des aiguilles dans sa nourriture. Cette peur lui est venue il y a quelques mois en apercevant sur la table un verre fêlé. Il ne craint pas pour sa vie, mais pour celle

des autres. Quand il voit dans la rue passer un cortège funéraire, il est saisi de la crainte d'avoir été la cause de la mort du décédé. En marchant il est tourmenté par l'idée qu'il pourrait répandre des aiguilles, des débris de verre, du poison, et causer par là du mal à autrui ; voilà pourquoi il ne peut jamais rester seul ; il a besoin d'être assuré continuellement qu'il se trompe. Son propre jugement, le témoignage de ses sens n'ont pour lui aucune valeur. Dans son imagination très montée, chaque tache, chaque grain de sable ou de poussière, chaque fil, etc., lui apparaissent comme quelque chose qui porte un péril. Peu de temps avant de faire un voyage d'Orient (sa patrie) en Europe, il tenait un flacon de médicaments entre les mains et en avait répandu le contenu sur le sol. Tout d'un coup il fut saisi de la crainte que c'était du poison et qu'il s'en était souillé inconsciemment. A partir de ce moment il eut peur du poison et de toucher à quelque chose, une impulsion continuelle à se laver, le besoin de se renseigner chez les pharmaciens et les médecins sur les poisons et d'être rassuré sur le contenu du flacon.

En route vers l'Europe, il fut tourmenté par l'idée d'avoir chez lui à la maison tué tout le monde avec un poison hypothétique. Il était souvent au désespoir.

Malgré tous les lavages il craignait d'être un péril pour son entourage par le poison qui s'était attaché à ses mains. Chaque tache sur les meubles, sur les vêtements, lui fait l'impression du poison. Récemment, en passant près du soupirail d'une gare, il y jeta un morceau de son ongle. Aussitôt l'idée lui vint que l'ongle était empoisonné et serait un danger pour les gens de la gare. Pendant une heure il regarda à travers la fenêtre du sous-sol, s'attendant à un malheur, et les gens qui l'accompagnaient ne purent l'en retirer que de force. Ses idées de poison ont obtenu malheureusement un nouvel appui, car le malade a trouvé un jour dans le gousset de son gilet quelque chose à aspect métallique, probablement des miettes de mine de crayon. C'était évidemment un métal. En mangeant de la salade un peu de vinaigre lui est resté sans doute attaché à la main. En prenant l'objet métallique entre ses doigts un sel métallique vénéneux et soluble s'est produit. C'est avec cela qu'il répand autour de lui la mort et le malheur.

A peine a-t-on réussi à le rassurer à ce sujet par des assurances verbales et écrites, par des expertises de spécialistes, que le voilà tourmenté par l'idée de répandre avec son cure-dent un poison animal (par les miettes de viande qui s'y sont attachées et qui sont en état de putréfaction). Plein d'anxiété, il observe pendant les repas les verres pour voir s'il n'y a pas un petit morceau qui s'en détache et tombe dans le plat.

Récemment il a vu dans le bassin de l'école de natation un garçon qui plongeait au-dessous de l'eau près de lui. Aussitôt il fut pris de la peur d'avoir foulé ce garçon aux pieds, de l'avoir fait s'évanouir : l'enfant est noyé ! Le malade prie instamment qu'on vide le bassin, il craint qu'on lui demande compte d'avoir commis un homicide par imprudence, il est inconsolable.

L'entourage du malade a beaucoup de mal avec lui. Il demande sans cesse à être surveillé, qu'on examine ses vêtements, ses poches, qu'on examine le plancher, les meubles, s'il n'y a pas de poison, d'aiguilles ou des débris de verre.

Sans cesse il a des scrupules, des préoccupations et a besoin d'explications qui le rassurent. A peine a-t-on réussi à le rassurer, qu'il recommence à questionner, à douter, à creuser, à se débarbouiller.

Le traitement consiste à combattre la neurasthénie par des demi-bains, des frictions et du massage électrique. Contre l'hyperesthésie on essaie l'emploi de l'extrait aqueux d'opium jusqu'à 0gr,05 par jour (en combinaison avec de la quinine). Dans les crises nerveuses plus aiguës, le brome a été utile. Le plus important est cependant

le traitement moral : le rassurer patiemment, éclaircir ses doutes, dérivation méthodique et exécution rigoureuse d'un programme quotidien.

Le malade devient plus calme, plus dégagé et est à même de se livrer à une occupation quelconque. Par-ci par-là de nouveaux scrupules lui viennent. Ainsi, par exemple, en écrivant une lettre, il supposera que l'encre pourrait bien contenir de l'acide sulfurique ou de l'acide azotique, que par le contact avec la plume d'acier une substance nuisible pourrait se produire et que de cette façon l'écriture pourrait présenter un danger. Une autre fois il croit avoir perdu une aiguille dans le lit. Cette aiguille s'est évidemment enfouie dans le lit. Un locataire futur courra le danger de périr par cette hypothétique aiguille qui pourrait s'enfoncer dans sa nuque. Le malade s'épuise en conjectures de toutes sortes, en possibilités et en soucis, et demande constamment au médecin comment la mort se produit, etc.

Au cours du mois d'août, les symptômes neurasthéniques reparaissent. Le malade arrive à dominer de mieux en mieux ses idées ; il suffit de la simple affirmation que « ce n'est rien » pour l'apaiser ; finalement, il ose rester seul dans sa chambre.

La nostalgie du malade impose la nécessité de le laisser partir au mois d'octobre. Pendant quelque temps tout alla bien ; ensuite l'état pénible de ce malheureux s'exacerba.

Une apoplexie a mis fin à ses souffrances.

2° *Paranoïa neurasthénique.*

Cette forme clinique de la paranoïa se distingue de la forme typique par le fait que les délires des malades ne représentent autre chose que la fausse et alogique interprétation de sensations appartenant à la névrose neurasthénique et en général de troubles dans la conscience paranoïque transformée. Le malade les explique par des insuffisances venant du monde extérieur ; il prend sa pression de tête pour des tentatives traîtresses d'ennemis qui veulent l'asphyxier par des vapeurs méphytiques, le trouble des opérations de sa pensée pour « des pièges de pensée », pour une machination artificielle d'ennemis qui veulent lui faire perdre la raison et ainsi l'amener à l'asile d'aliénés. Ses malaises dyspeptiques sont la conséquence de tentatives d'empoisonnement, ses nombreuses anomalies sensitives (irritation spinale, paralgies, hyperesthésies musculaires et cutanées, etc.) lui sont infligées par des moyens physico-chimiques. On lui enlève par là sa force vitale, on le rend las, misérable, etc.

L'échafaudage du système délirant est encore complété par les hallucinations de même que dans les autres formes de la paranoïa. Les symptômes cliniques sont particulièrement nombreux quand le point de départ de la névrose est dans le système nerveux sexuel, soit par abus, notamment la masturbation, soit par abstinence en dépit d'un vif libido ou aussi (chez les individus du sexe féminin) par suite de maladies génitales irritatives et qui par là même mènent à la neurasthénie sexuelle (névrose de la moelle lombaire).

On voit se développer de la même façon beaucoup de cas de paranoïa ménopausique. Dans la neurasthénie sexuelle, quand il s'agit d'individus

du sexe féminin, les symptômes de la névrose hystérique manquent rarement et ils fournissent aussi des matériaux à l'édifice du délire. De là résultent des transitions cliniques vers le type voisin de la paranoïa hystérique. La forme purement neurasthénique se développe toujours à la suite d'un stade prodromique névrotique avec forte nuance nosophobique qui passe directement à l'état du délire d'observation et de persécution.

L'état morbide qui se développe à la suite de la neurasthénie sexuelle apparaît comme le plus net de ceux qu'on rencontre sur le terrain neurasthénique. Il est absolument analogue pratiquement à la paranoïa masturbatoire.

3° *Paranoïa sexuelle masturbatoire.*

Le stade d'incubation est représenté par les symptômes d'une neurasthénie sexuelle qui a tendance à devenir une neurasthénie générale. Les conceptions nosophobiques roulent sur l'imminence du tabes, de l'aliénation mentale, du ramollissement cérébral. Les traits caractéristiques de la maladie sont : le délire de persécution physique, les hallucinations olfactives, les accès d'angoisse.

Le début de la paranoïa masturbatoire reste dans la plupart des cas inaperçu. L'incertitude psychique dans les relations sociales qui est particulière aux masturbateurs, le sentiment pénible que tout le monde lit sur leur figure leur vice secret, favorisent beaucoup l'explosion de la maladie. Le malade se sent et se croit réellement observé, souvent même regardé de travers et persécuté. Tout est mis en corrélation avec sa personne : les discours et les gestes des gens, même les journaux et les affiches contiennent de méchantes attaques et des offenses. Par là, l'embarras psychique et la méfiance vont croissant. Des hallucinations auditives et visuelles fournissent de nouveaux éléments au délire naissant ; souvent les hallucinations olfactives de puanteur qui se produisent dès le début sont utilisées : le malade a peur, tout le monde le croit atteint d'une vilaine maladie, et c'est de cette manière qu'il motive la prétendue attitude des gens qui l'évitent ou qui font des gestes de dégoût, etc.

Après une incubation durant des mois et même des années, l'acmé de la maladie est atteint progressivement ou subitement. Ce sont essentiellement des voix, des paroles de persécution qui l'amènent. Le malade entend dire : c'est un mauvais sujet, on devrait débarrasser le monde d'un pareil individu ; une société a ourdi un complot pour amener sa perte. Le délire de persécution trouve de nombreux éléments dans les malaises neurasthéniques du malade. Les phénomènes dyspeptiques après le repas sont interprétés comme des tentatives d'empoisonnement ; les sentiments d'entrave intellectuelle se présentent comme des tentatives pour le priver de sa raison, l'amener à être interné dans une maison d'aliénés ; les sensations d'abasourdissement, la pression à la tête due à une cause vaso-motrice, ont la même signification ou sont, conjointement avec les hallucinations olfactives (chloroforme, acide prussique, etc.), la conséquence des attentats.

On a voulu le rendre inanimé pour le voler, pour fouiller dans ses effets, pour y glisser des pièces compromettantes, etc.

Une importance particulière revient aux sensations névralgico-paralgiques, comme phénomènes excentriques de la surexcitation fonctionnelle des nerfs dorsaux à la suite de l'onanisme. Avec le temps l'hypéresthésie s'étend aussi au domaine des fonctions sensitives et sensorielles. Chaque sensation éveille alors des conceptions délirantes qui correspondent à cette sensation, chaque idée provoque des sensations correspondantes.

Les organes des sens hyperesthésiés produisent des hallucinations à la moindre excitation. Une foule d'anomalies de sensation dans les domaines de la perception générale, des sensations cutanées et musculaires s'offrent à l'interprétation alogique du malade. Les sentiments de pesanteur, d'engourdissement, de légèreté jusqu'à pouvoir s'élever en l'air, de creux des organes, de lourdeur comme du plomb, de séparation du corps et de l'âme, de courant magnétique, se manifestent, mettent en mouvement les réflexes moteurs qui vont jusqu'aux phénomènes spasmodiques locaux et généraux (catatonie), et demandent des explications à la conscience du malade.

Avec une uniformité surprenante les malades appartenant aux classes instruites expliquent ces anomalies de sensation par l'influence de leurs ennemis, à l'aide de mystérieuses machines magnétiques et électriques: les malades incultes y voient une persécution au moyen de la sympathie, de la sorcellerie ; ils croient qu'on a soufflé sur eux des vapeurs méphytiques, qu'on leur a jeté du poison, etc.

Souvent des névroses locales des parties génitales (testicule irritable, névralgie spermatique, hyperesthésie de l'urèthre) sont interprétées dans ce sens. Les ennemis font de la masturbation avec le malade, lui donnent des pollutions, tiraillent ou piquent ses testicules, etc.

La maladie oscille entre des rémissions et des exacerbations. Ces dernières coïncident ordinairement avec de nouveaux excès de masturbation et sont souvent accompagnées d'hallucinations accumulées, de sensations, d'une augmentation de l'excitabilité réflexe spinale allant jusqu'aux accès tonico-cloniques, cataleptiformes, épileptoïdes. La suite de la marche est la même que dans les autres formes de la paranoïa acquise typique.

Souvent il y a transformation en délire des grandeurs. Les états de faiblesse psychique se produisent beaucoup plus tôt et sont plus intenses sur la base masturbatoire que dans les autres variétés étiologiques de la vésanie. Thérapeutiquement les phénomènes de la neurasthénie et de l'irritation spinale sont accessibles au traitement tonique (hydro-électrothérapie, etc.). La morphine et les sels de brome atténuent les hyperesthésies, les paralgies, les hallucinations et ne sont pas sans valeur symptomatique.

Observation LVII. *Paranoïa masturbatoire.* — D..., ingénieur, trente-huit ans, célibataire, né de parents tuberculeux. Une sœur est névropathe, une autre aliénée. Le malade fut dès sa jeunesse onaniste ; néanmoins, jusqu'à l'âge de trente-six ans, il se porta bien et était très capable dans son métier. Alors il commença à devenir malade : il maigrit, eut un catarrhe pulmonaire suspect, des malaises neurasthé-

niques. Une cure climatérique améliora beaucoup son état. Bientôt après il reprit ses travaux professionnels; des malaises neurasthéniques se présentèrent nombreux; il s'y ajouta de la névralgie des testicules et une maladie de l'estomac avec vomissements sérieux. Le malade est pris d'une tristesse hypocondriaque profonde, il se croit impuissant, il se fait des reproches à cause de son onanisme, désespère de sa guérison, fuit le monde et devient irascible.

Au cours du développement de la maladie, des sensations se produisent en foule. Il se sent un feu électrique dans le corps; un courant part de son pied gauche; son lit s'isole; il sent son corps se scinder en deux moitiés; s'il descend de voiture, il a la sensation qu'il laisse derrière lui son corps à l'état aérien. En même temps pression à la tête, susurrement dans la tête, insomnie durable. Un jour il entend une voix dire : « Je t'ai rendu électrique positif et négatif. » Etant en voyage pour son service, il éprouva tout d'un coup la sensation que la nourriture qu'il prenait glissait de sa bouche dans son pied gauche. Il entendit la nuit une voix disant: « De quelle façon veux-tu mourir? » et il crut que sa dernière heure était venue. Ses parents décédés et son médecin lui apparaissent. Une autre fois, au moment de se mettre au lit, il voit de nombreuses figures qui lui sont tout à fait inconnues et sur lesquelles s'épand une lueur rougeâtre.

Il entend des voix impératives qui lui disent qu'il doit se confesser, prendre du musc dans la pharmacie. Etant couché sur un canapé, il entend crier que c'est une table à dissection. Dans la rue on l'insulte en l'appelant hypocrite, menteur, etc. La nuit, étant au lit, il a souvent la sensation que ses pieds et ses mains brûlent et qu'on lui retire son pénis du corps. Il sent qu'on lui dissèque le corps, qu'on en retire les tissus, qu'on introduit des objets dans différentes parties de son corps, qu'on enlève des os. Il se sent magnétisé, sa tête étant de métal.

L'agitation croissante par suite de ces hallucinations nombreuses et pénibles a imposé la nécessité d'interner le malade dans un asile, alors que la maladie avait déjà duré deux ans. Le trouble continue à progresser. Il est magnétisé, électrisé; il n'a plus de boyaux, les médecins lui font des passes électriques sur le ventre; il sent une trompe d'éléphant sur son dos; son manger descend dans ses testicules; une scie spirale scie son corps; on lui fait une perforation à l'ombilic; des objets pointus s'enfoncent de tous les côtés dans son corps; le lit oscille; des machines et des couteaux lui sont enfoncés dans le corps; il a une quantité d'hameçons de fer dans le corps, des dents y sont enfoncées.

En même temps le malade est sujet à une foule d'hallucinations auditives. Devant la fenêtre on imite le chant du coq; il entend dire qu'il est inguérissable, qu'il sera disséqué, que c'est lui le Juif-Errant, qu'il a tué d'un coup de fusil la femme du médecin. Les cloches lui parlent, les mouches aussi; on lui dit ses propres pensées, des obscénités, on l'appelle chien sanguinaire; dans chaque coup de cloche il entend son nom. A ses mots on accroche la syllabe finale *Vieh* (bête); il reçoit l'ordre de souffleter les gens de son entourage. La pendule lui crie : « Tu es en banqueroute. » Partout il entend des injures, il lui en vient même du soleil. Des influences télégraphiques sont évidemment en jeu. Il entend tomber des excréments humains du plafond.

Des hallucinations de la vue aussi se produisent au cours de la maladie. Il voit tout dans son esprit, même l'intérieur de son corps. Il voit son nom flotter dans l'air. Tout dans la chambre est transparent. Il voit devant ses yeux les papillons d'une collection entomologique prendre leur vol et partir; quand il essaie de lire, les lettres se sauvent devant lui à travers la fenêtre. Souvent ses visions ont aussi un caractère obscène : des parties génitales volent et planent dans l'air à travers la

chambre: il voit des tableaux lascifs sur les murs. Dans une tasse de café il voit un jour une belle femme qui lui sourit.

Les hallucinations du goût et de l'odorat ne jouent chez lui qu'un rôle secondaire. Parfois il a un goût métallique dans la bouche, surtout quand il sent sur son corps des courants magnétiques. La nourriture aussi a parfois un goût de poison; il sent des cadavres d'exécutés.

Le malade se masturbe continuellement et d'une manière excessive. Après les excès d'onanisme accumulés, son excitabilité sensorielle est si forte que rien qu'en ouvrant la paupière il a déjà des visions. Un jour, on frappe la poussière d'un veston dans la cour. Il sent immédiatement qu'en battant ce vêtement on pense à lui et aussitôt il sent les coups qui viennent de la cour monter à lui et lui faire du mal. A certains moments, quand il pousse ses excès trop loin, les troubles de la perception générale sur lesquels est basée la monomanie électro-magnétique, occupent le premier plan. Il sent alors l'attraction et la répulsion de l'électricité positive et négative, comment on le touche avec des fils de fer magnétiques. C'est à travers lui qu'on lit. Il a la sensation qu'on lui tranche le pénis avec un couteau. Ses poumons, son cerveau, sa mémoire lui sont enlevés par voie télégraphique par l'administration de l'asile qui les revend à d'autres personnes. Ces sensations et perceptions morbides sont en partie attribuées aux gens de l'entourage, ce qui pousse le malade à faire des agressions violentes contre ces derniers; parfois elles sont acceptées par lui sans provoquer aucune réflexion. Avec le temps l'intensité de la réaction à ces sensations diminue et ces dernières deviennent plus rares. La durée totale de la maladie cérébrale qui a essentiellement évolué sous forme d'hallucinations a duré plus de douze ans. Le malade, qui jusqu'à la fin de sa vie fut très adonné à la masturbation, a succombé à une tuberculose pulmonaire.

Observation LVIII. *Paranoïa à base de neurasthénie sexuelle à la ménopause.* — Mme Weinmeier, cinquante ans, reçue le 8 septembre 1880, d'ascendance inconnue, de tout temps névropathe, irritable, difficile à vivre, originale, depuis dix-sept ans séparée de son mari; à l'époque menstruelle, toujours déprimée et atteinte de migraine; mère de quatre enfants; est entrée dans la ménopause l'été de 1879 (règles profuses et irrégulières, fréquemment sang à la tête, irritabilité accentuée, accès de migraine fréquents, tiraillements gênants dans la colonne vertébrale, dans les jambes, chair de poule sur le corps). Au cours de l'hiver 1879-80, elle se plaignit de pressions à la tête, d'irritation spinale; elle se sentait souvent oppressée, inquiète, n'aimait pas sortir de son logement. Au mois de février 1880, elle devint méfiante, se sentait observée, croyait que la police la faisait suivre, elle avait conçu le soupçon que son fils qui voulait conclure un mariage qu'elle ne trouvait pas convenable, cherchait avec son amante à attenter à ses jours. Des malaises dyspeptiques (pression à la tête et mal de tête après les repas) ont été interprétés par elle comme les suites d'une tentative d'empoisonnement. Elle croyait sentir le poison. Elle en devint toute faible et exténuée, fut prise de fièvre. La langue était comme enduite de blanc de céruse. Dans son eau minérale on lui mettait du calomel, car régulièrement elle attrapait la diarrhée et du météorisme. Comme elle ne se sentait pas en sûreté, elle quitta Gratz, alla habiter Vienne, ensuite Salzbourg, mais nulle part elle ne put retrouver sa tranquillité. Partout où elle allait, elle était l'objet d'une surveillance et d'une observation. Partout où elle apparaissait, on ouvrait les fenêtres des petits cabinets, de sorte qu'elle ne pouvait plus se tenir à cause de l'odeur des water-closets dans la rue. A l'occasion elle éprouvait aussi une odeur de cannelle suffocante. Avec de l'eau contenant de l'acide sulfhydrique on lui a fait gonfler le ventre; les plats ont été empoisonnés avec de l'arsenic.

A plusieurs reprises on lui a fait une excitation dans les parties génitales, comme si on voulait faire le coït.

Comme dans les derniers temps la malade devenait menaçante et hostile pour son entourage, elle fut amenée pour être reçue à l'asile. Habitus névropathique; la partie gauche de la figure est moins développée que la partie droite. Oreilles d'une grandeur anormale. Vertèbres dorsales sensibles à la pression. Organes végétatifs sains. L'examen de l'utérus est refusé.

La malade est toujours méfiante et irritée. Elle ne veut pas rester au lit, car le lit de fer et le tableau de son chevet lui sont suspects ; ils conduisent de l'électricité, et lui causent des maux de tête et du vertige. Elle se croit constamment travaillée par le spiritisme et l'électricité; elle rédige de nombreuses protestations contre son internement et des pétitions au tribunal pour être remise en liberté. Ses ennemis (son fils et son amante) ont corrompu le professeur de physique. Avec des verres ardents et des machines celui-ci agit constamment sur elle. Elle est « médium » pour toute la ville de Gratz. On la scrute à l'aide d'un tube. Elle le sent à ses deux oreilles. Dans le cerveau on lui cause un tourbillon, et alors ses pensées sont divulguées à tout le monde. On lui serre la tête avec une vis; on presse le cours du sang. On lui excite les nerfs de la tête de sorte qu'elle est forcée de pencher la tête en arrière. Cela se fait en partie avec un miroir concave qui produit l'effet du magnétisme à distance, en partie avec une cloche de verre invisible et suspendue au-dessus de sa tête. A l'exception de la vessie elle n'a aucun point dans son corps qui soit à l'abri des effets à distance du spiritisme.

Le vertex est le siège de sensations de brûlure et de tourbillonnements, on la perfore entre les deux sourcils, on lui suce les oreilles, on lui presse l'occiput. Les tempes sont prises dans un étau, on aspire le sang de ses joues, ses paupières sont tirées par les nerfs vers le front. Sur la langue on agit par des poisons, sur le nez par des odeurs désagréables. La respiration est entravée par des sensations d'oppression et de serrement sur la poitrine; les battements du cœur sont irréguliers. Pas de selles ou diarrhée. Les persécutions entretiennent la malade dans une agitation permanente. Elle refuse les médicaments calmants, déclarant que ce sont des poisons. Comme l'état restait stationnaire et que la malade se montrait inaccessible à tout traitement, elle fut envoyée dans une maison d'aliénés.

CHAPITRE II

FOLIE ÉPILEPTIQUE[1].

LIMITES CLINIQUES DE LA NÉVROSE ÉPILEPTIQUE. LE CARACTÈRE ÉPILEPTIQUE ET LES TROUBLES PSYCHIQUES ÉLÉMENTAIRES DES ÉPILEPTIQUES

La notion clinique de l'épilepsie a été considérablement élargie depuis Hippocrate. La pathologie nerveuse moderne sait qu'au lieu du spasme tonico-clonique général avec perte de la conscience peuvent apparaître des accidents nerveux qui au premier aspect semblent n'avoir rien ou peu de commun avec l'accès épileptique classique et qui pourtant doivent être considérés comme les équivalents d'une épilepsie existante.

Comme équivalents de ce genre on admet :

1° Les simples lacunes dans l'unité de la conscience, les pertes ou obnubilations de la conscience durant quelques secondes ou même plusieurs minutes avec pâleur de la figure. (Absences accompagnées d'aucun trouble moteur, spécialement spasmodique.)

2° Les mêmes défectuosités ou obnubilations de la conscience en combinaison avec des spasmes musculaires partiels. Ces derniers peuvent consister en un strabisme momentané, en grimaces, contorsions de la tête ou des membres, balbutiement de mots incohérents pendant un court instant.

3° Le même trouble de l'intelligence accompagné d'actes impulsifs, automatiques, somnambuliformes, par exemple : uriner, ramasser les objets qu'on rencontre par hasard sous sa main, fuir aveuglément, etc.

D'après les expériences de Griesinger (*Archiv f. Psych.*, I, p. 323), les accès de vertige même qui semblent monter des parties périphériques du corps vers la tête et par conséquent ont un caractère auriforme, qui vont de pair avec de l'angoisse, avec un trouble momentané de la conscience, avec une confusion des idées semblable à celle de l'ivresse, avec des

[1] Esquirol, *Les maladies mentales*, traduit en allemand par Bernhard, I, p. 167.— Falret, *De l'état mental des épil.*, Paris, 1861. — Delasiauve, *L'épilepsie*, traduit en allemand par Theile, 1855. — Russel Reynolds, *L'épilepsie*, traduit en allemand par Beigel, 1865. — Sander, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1873, 42. — Legrand du Saulle, *Etude médico-légale sur les épil.*, Paris, 1877. — Nothnagel, *Ziemssens Hdb.*, XII, 2. — Samt, *Arch. f. Psych.*, V, fasc. 2 et VI, fasc. 1.

palpitations et des mouvements automatiques des lèvres et des mouvements de déglutition, peuvent avoir la signification d'accès épileptiques, surtout lorsque le malade, dans son rêve confus, court à droite et à gauche, dit des choses insensées, accomplit des actes insensés et présente d'une façon réitérée ces accès de vertige.

Les observations d'Emminghaus (*Arch. f. Psych.*, IV, fasc. 3) montrent comme probable que les paroxysmes de sueurs, qui, sans aucune cause extérieure, spécialement sans effort musculaire, avec ou sans vertige, se manifestent avec un relâchement de l'innervation motrice et avec des tremblements, doivent être interprétés comme phénomènes d'un accès de la névrose épileptique.

Tel est aussi le cas pour ces accès étranges de somnolence que Westphal (*Arch. f. Psych.*, VII, fasc. 3) et Fischer (*ibid.*, VIII, fasc. 1) ont observés chez des malades suspects d'épilepsie, puis pour les accès de névralgie (généralement intercostale) qu'on a également observés chez les épileptiques et qui marchaient de pair avec l'obnubilation de l'intelligence et les phénomènes accessoires de l'accès classique et convulsif, puis pour les syncopes qui reviennent souvent avec perte subite et retour brusque de la conscience, et enfin pour certains cas de soubresauts nocturnes, de somnambulisme, chez des personnes qui plus tard ont présenté des accès épileptiques.

Avec cet élargissement de l'observation clinique qui n'en reste pas moins encore très incomplète, la fixation des signes caractéristiques de l'accès épileptique devient de plus en plus difficile et pourtant indispensable si on ne veut pas laisser s'évanouir la notion clinique de l'épilepsie.

L'accès épileptique représente sans doute un mode de réaction particulier du cerveau morbidement altéré, et en même temps un complexus de symptômes qui ne peut pas se résoudre en un seul symptôme isolé.

Le tableau clinique de l'accès épileptique se règle probablement en grande partie sur l'extension régionale des processus cérébraux qui constituent la cause de l'épilepsie ; ainsi, par exemple, le vertige dépend d'un spasme vasculaire des hémisphères cérébraux, l'accès classique dépend de l'envahissement par le processus des régions corticales motrices des centres sous-corticaux.

Dans l'état actuel de la science, il semble tout indiqué de considérer les absences et les accès de vertige comme des phénomènes équivalents de l'accès épileptique ordinaire et de désigner comme épileptoïdes les autres symptômes paroxystiques qui se rencontrent chez les épileptiques ou chez les gens suspects d'épilepsie ; cette réserve devrait être observée au moins jusqu'à ce que la signification de ces derniers phénomènes comme équivalents des accès ordinaires soit suffisamment établie.

On peut désigner comme phénomènes communs aux accès épileptiques ou épileptoïdes : apparition réitérée sous une des formes sus-indiquées, obnubilation de la conscience allant jusqu'à la perte de connaissance pendant la durée de l'accès, symptômes de trouble brusque de la circulation cérébrale, trouble qui est probablement causé par un spasme vasculaire,

que ces symptômes consistent dans la pâleur de la figure ou du fond de l'œil ou en troubles spasmodiques moteurs partiels ou généraux. Dans tous les cas, un seul symptôme ne suffit pas pour diagnostiquer l'épilepsie, ni un seul accès non plus. Mais dans la pratique on a non seulement à lutter avec la défectuosité de nos connaissances quand il s'agit d'établir quels sont les accès qu'on peut prendre pour épileptiques, il y a encore les difficultés dues à l'immense variété de forme des accès et puis le danger de laisser passer inaperçus de véritables et incontestables accès épileptiques.

Tel est surtout le cas pour les accès qui se produisent la nuit et ceux qui n'ont que des allures vertigineuses. Dans ces accès il peut se faire que ni le malade ni son entourage ne se doutent de l'existence de sa grave maladie nerveuse.

On peut considérer comme symptômes pouvant donner le soupçon d'une épilepsie nocturne : les incontinences nocturnes qui reviennent de temps en temps, ainsi que les chutes du lit, les ecchymoses de la figure, notamment de la sclérotique, les lésions de la langue, les maux de tête, l'abrutissement et la confusion des pensées, l'abattement, la dépression au réveil.

Le fait que l'épileptique n'est pas malade seulement pendant ses accès, mais qu'il est malade constamment et qu'il a une maladie nerveuse chronique, est d'une grande importance diagnostique. Les accès ne sont que des phénomènes particulièrement apparents d'un état morbide du système nerveux central, quand même cet état ne se manifesterait que par intervalles.

Cet état peut être héréditaire ou provoqué par des causes qui ont atteint le cerveau, et c'est ce qui explique alors que des causes accessoires minimes, comme la peur, peuvent faire éclater l'épilepsie.

La pathologie expérimentale a réussi, en blessant la moelle épinière ou des nerfs périphériques (Brown-Sequard), en provoquant un ébranlement du cerveau (Westphal), en blessant des régions de l'écorce cérébral (Hitzig) à créer artificiellement l'état cérébral morbide (transformation épileptique) qui est nécessaire pour que les accès épileptiques se produisent.

Cet état cérébral se manifeste par une augmentation de l'excitabilité fonctionnelle du cerveau, spécialement du centre vaso-moteur et du centre spasmodique.

Comme expression de l'altération durable du cerveau on trouve chez les épileptiques une foule de symptômes intervallaires qui sont utilisables soit pour l'existence d'un état cérébral morbide en général, soit pour l'existence de l'épilepsie, ainsi que l'a démontré l'expérience, et qui peuvent donner un relief aux symptômes d'accès sur la signification desquels il pourrait y avoir encore des doutes.

Comme signes de la maladie nerveuse, on peut citer : les phénomènes de constitution névropathique, de faiblesse irritable, les maux de tête, les vertiges, l'intolérance pour l'alcool, le trémor, les convulsions épisodiques, les tensions musculaires, notamment les crampes du jarret, les phénomènes vaso-moteurs, tels que la rougeur et la pâleur alternatives de la face, les extrémités froides et cyanotiques, le nystagmus.

Certaines particularités du caractère (dit caractère épileptique) qui se manifestent chez beaucoup d'épileptiques quand on les observe de près, indiquent d'une manière précise l'existence probable d'une névrose épileptique.

Il faut compter parmi ces particularités du caractère : une irritabilité anormale, un naturel capricieux, oscillant entre les extrêmes, entre la dépression psychique (morosité, tristesse hypocondriaque avec ou sans conceptions obsédantes, apathie intellectuelle, relâchement, embarras allant jusqu'à l'angoisse dans les actes les plus indifférents, dépression, anxiété) et l'exaltation avec accentuation morbide de la volonté, mais surtout un caractère ironique, susceptible, entêté, obstiné dans ses idées et qui paraît incapable de s'accommoder loyalement de certaines conditions données et qui en outre fait des malades des tyrans dans la maison, des misanthropes, des amis sur lesquels on ne peut compter.

Le caractère de beaucoup d'épileptiques présente une nuance de bigoterie [1], une dévotion pathologique, un genre Tartufe et hypocrite qui, suivant que le malade est exalté ou déprimé, se manifeste par une exaltation religieuse ou une profonde mortification. Cette bigoterie, cet air de martyr forme une contradiction curieuse avec l'irascibilité, la combativité, la brutalité et la défectuosité morale de ces « malheureux épileptiques qui portent un livre de prières dans leur poche, ont le bon Dieu sur les lèvres et la dernière des canailleries dans le corps » (Samt).

A côté de ces anomalies durables se rencontrent en partie comme prodromes de l'accès épileptique ou épileptoïde en préparation, en partie comme phénomènes consécutifs à l'accès, des symptômes dont l'importance diagnostique est d'autant plus grande qu'ils se présentent typiquement avant et après les accès.

Les symptômes qui précèdent de plusieurs minutes, de plusieurs heures et même de plusieurs jours, ont souvent le caractère d'aura. A côté de sensations montant des extrémités ou de l'épigastre vers la tête, accompagnées de sentiments de froid et de vertige, il existe dans le domaine psychique et sensoriel des hallucinations terrifiantes de la vue, de l'ouïe, parfois aussi de l'odorat, puis des impressions subjectives des sens telles que bruissements dans les oreilles, photopsies et chromopsies, notamment une lueur rouge [2], de l'angoisse précordiale avec impulsions à courir, de la dépression psychique, de l'augmentation de l'irritabilité ordinaire, de l'humeur, des troubles dans la forme des conceptions (confusion, marche des idées alourdie, représentations obsédantes), une obnubilation de la

[1] Morel (*Traité des mal. ment.*, p. 101) a indiqué la dévotion exagérée et la tendance à l'ascétisme de beaucoup d'épileptiques. Le fait a été confirmé par Howden (*Journal of ment. sc.*, janv. 1873), Echeverria (*Amer. Journ. of Insanity*, juillet, 1873) et Samt (*Op. cit.*, 147).

[2] Dans un cas de mon observation personnelle, l'aura sensorielle consiste toujours dans la vision d'un homme au manteau et à la barbe rouges. Alors le malade a mal au cœur. Il voit vomir le fantôme. Cet aspect lui donne à lui aussi un vomissement et il perd connaissance.

conscience semblable à une ivresse. Parfois aussi apparaît une gaieté à allures maniaques avec une marche accélérée des conceptions, et des impulsions cleptomaniaques.

Comme troubles psychiques à la suite immédiate d'un accès épileptique, on trouve une grande prostration psychique avec incapacité de penser, une profonde confusion et un trouble profond de la perception allant même jusqu'à un état de stupeur dont la durée peut varier entre une demi-heure et plusieurs jours. En même temps une grande dépression morale avec irritabilité excessive du caractère peut subsister combinée avec des impulsions à allures de raptus qui à leur tour sont les produits des hallucinations terrifiantes, des perceptions hostiles, de l'angoisse, et qui peuvent mener au suicide, à l'assassinat et à la pyromanie.

Des impulsions cleptomaniaques peuvent se présenter comme phénomène partiel d'un état d'exaltation à forme de manie. Ce stade postépileptique de trouble de la conscience, de stupeur et de malaise psychique passe ordinairement très vite et l'ancien état de lucidité intellectuelle revient.

Cependant, quand il y a des accès épileptiques accumulés, il arrive souvent qu'un état crépusculaire, semblable au somnambulisme, existe dans les intervalles pendant lesquels le malade est en apparence tout à fait revenu à lui, parle d'une manière cohérente, agit de même, vaque à ses affaires; cependant il n'a pas repris complètement ses sens, il n'est pas en possession de sa conscience, de sorte que plus tard il ne se rappelle plus ce qu'il a fait dans cet état. Cet état crépusculaire épileptique particulier peut durer plusieurs heures.

L'épilepsie ne va pas seulement avec des troubles élémentaires psychiques, souvent elle porte une atteinte durable et plus profonde aux fonctions intellectuelles, atteinte sur la base de laquelle des délires aigus, plus rarement de véritables psychoses, peuvent se montrer, soit comme complications de la névrose, soit comme équivalents des accès épileptiques.

Cette altération durable de la personnalité psychique peut être désignée par le mot de dégénérescence psychique épileptique; l'opinion ancienne a généralement résumé ces complexus de symptômes transitoires sous le nom de manie épileptique, bien que ces symptômes n'aient absolument rien à voir avec la manie et que ce nom collectif comprenne des accès aigus de troubles psychiques très variés et dont la plupart n'ont pas encore été précisés cliniquement et d'une manière définitive.

La psychose épileptique, c'est-à-dire la psychose qui est spécifique à l'épilepsie et qui ne se rencontre que chez les épileptiques, n'a encore été étudiée dans les temps modernes que par Samt. Elle a des points de contact et de transition avec certaines formes de l'aliénation périodique, notamment celle qui se manifeste par des accès de courte durée.

Tous ces états psychopathiques soit durables, soit passagers, sont compris sous la désignation d'aliénation épileptique.

Ce genre d'aliénation comprend : 1° la dégénérescence épileptique

psychique; 2° les troubles psychiques transitoires, pour la plupart délirants, des épileptiques; 3° les équivalents psychiques prolongés de ces troubles; 4° les psychoses épileptiques.

I. — Dégénérescence épileptique psychique

Si l'on examine l'état mental d'un grand nombre d'épileptiques on constate que chez la plupart d'entre eux l'intégrité des fonctions psychiques est troublée. Parmi les symptômes les plus constants de cette altération intellectuelle profonde on note :

1° Une diminution des fonctions intellectuelles qui dans les cas bénins consiste en une simple faiblesse de reproduction, de perception et de combinaison des conceptions, et qui se manifeste cliniquement sous forme de défaillances de mémoire, de formation difficile des jugements et des notions, de perceptions incomplètes, et en général comme faiblesse fonctionnelle du mécanisme psychique. Cette faiblesse psychique peut comprendre tous les degrés de l'imbécillité jusqu'à l'hébétude complète.

Parfois ce phénomène dégénératif atteint principalement le côté éthique de l'individu et se manifeste cliniquement par une faiblesse fonctionnelle qui peut aller jusqu'à la perte des sentiments et des jugements éthiques et esthétiques. Cette perte se traduit dans la vie pratique par la brutalité, la cruauté, une conduite criminelle; dans cet état de choses, les instincts immoraux et criminels peuvent apparaître périodiquement et avec un cachet tout à fait impulsif.

Sommer (*Archiv f. Psych.*, XI, fasc. 3) a étudié minutieusement cette démence postépileptique. Tout d'abord l'émoussement temporaire de l'intelligence qui suit les accès épileptiques devient de plus en plus durable. La perception s'émousse et il faut des stimulants de plus en plus forts pour produire des perceptions. Il s'y ajoute encore des défaillances de la mémoire, d'abord pour les faits du passé le plus récent. Peu à peu les impressions et les faits du passé le plus reculé disparaissent également. Cependant le malade sent encore pendant longtemps cette perte et cherche autant que possible à la dissimuler. En général, il a conscience de son triste état qui lui est à charge à lui-même et aux autres. Cela explique en partie, d'après Sommer, son refuge dans la religion où il cherche une consolation, son dévouement et son abnégation pour les autres. Ces tendances religieuses et altruistes tournent cependant souvent à la caricature par leur caractère bien prononcé d'égoïsme et par leur grande irritabilité.

Comparer Bourneville et d'Olier (*Arch. de Neurologie*, 1882, n° 2) qui considèrent eux aussi la démence épileptique comme un état particulier.

2° Une irritabilité excessive d'humeur qui pour les moindres choses éclate en émotions de colère pour ainsi dire accablantes et pouvant aller jusqu'au paroxysme de la rage.

3° Une augmentation des troubles émotifs qui se montrent déjà dans le caractère épileptique lui-même; alors l'humeur morose, l'appréciation ironique et méfiante du monde extérieur prennent de plus en plus le dessus, se manifestent aussi dans la mimique et donnent à l'extérieur et à la physionomie du malade une expression sinistre.

4° Dans ce tableau de la dégénérescence se rencontrent par-ci par-là des représentations obsédantes, des délires primordiaux de la persécution, des hallucinations terrifiantes, des accès d'angoisse, des actes impulsifs qu'on peut considérer soit comme aura d'accès épileptiques qui ont échappé à l'observation ou qui ont avorté, soit comme des troubles psychiques élémentaires et autonomes.

5° Dans une série de cas avancés ou apparaissant dès la jeunesse, ces phénomènes de décadence psychique sont accompagnés par des troubles moteurs qui, notamment dans l'épilepsie datant de l'enfance, ont souvent le caractère de paralysies graves à forme hémiplégique, et se compliquent facilement de contractures et d'atrophies musculaires secondaires. Dans d'autres cas, il y a du trémor, du nystagmus, des inégalités dans l'innervation faciale, des troubles à forme choréique, des glossoplégies et des symptômes aphasiques. Les troubles sensitifs sont fréquents aussi dans la dégénérescence épileptique. Ils peuvent se manifester comme névralgies de nerfs déterminés ou comme hyperesthésie générale.

Dans les stades terminaux de la dégénérescence épileptique, les symptômes de la décadence physique vont de pair avec ceux de la décadence psychique. Les traits de la figure prennent alors une expression abrutie, le tissu adipeux sous-cutané s'hypertrophie et rend les traits grossiers, lourds, les lèvres gonflées.

II. — Troubles psychiques transitoires

Ils consistent en états circonscrits, d'une durée nettement déterminée, dont le cours s'accomplit pour la plupart en quelques heures seulement, parfois aussi dans l'espace de quelques jours, et qui se déclarent brusquement et se résolvent de même. Ils peuvent se rencontrer comme précurseurs ou plus souvent comme états consécutifs des accès épileptiques, soit comme accès subits, soit comme accès qui ne se manifestent qu'au bout de quelques heures ou de quelques jours; ils peuvent aussi, et ce cas est plus rare, se présenter comme accès intervallaires, mais autonomes chez l'épileptique. Ils apparaissent de préférence particulièrement après les accès épileptiques accumulés, surtout lorsqu'une période sans accès les a précédés. Parfois il arrive que les accès épileptiques vertigineux ou classiques ne se présentent pas et ils sont refoulés pour ainsi dire par ces accès psychiques qu'on peut alors considérer comme leurs équivalents.

Il y a des cas authentiques où ce fait s'est produit pendant plusieurs

dizaines d'années. On désigne habituellement ces cas sous le nom d'épilepsie larvée ou épilepsie psychique[1].

Comme cette transformation de la névrose et par suite cette substitution des accès se fait très facilement dans l'épilepsie qui n'est que vertigineuse, le tableau typique de l'épilepsie tend à s'effacer. De même que les formes cliniques de l'accès épileptique ordinaire ont vu leur nombre s'augmenter au cours des recherches scientifiques, il en a été de même des accès psychiques et des équivalents. On peut même supposer, à plus forte raison, que ces derniers ne nous sont pas encore tous connus, et que beaucoup de cas d'aliénation suraiguë, notamment de manie transitoire et de raptus mélancolique, de folie périodique avec accès de courte durée, sont en corrélation pathogénique avec la névrose épileptique.

Les tableaux cliniques qui se produisent ici sont très variés. Ils le sont surtout par le fait que non seulement les divers équivalents peuvent alterner chez le même individu, mais qu'encore ils peuvent se présenter combinés dans un même accès. Ainsi que dans les formes somatiques les plus différentes de l'épilepsie, un symptôme, l'obnubilation de l'intelligence, pouvant aller jusqu'à la perte de la conscience, reste constant, il en est de même aussi de ces accès psychiques. Ils se produisent sur le terrain commun d'une obnubilation qui peut s'accentuer jusqu'à la suppression de la conscience, obnubilation à laquelle correspond un souvenir sommaire terni, défecteux, ou même manque tout à fait.

Les formes du trouble de la conscience qui constituent le fondement de ces accès psycho-épileptiques si variables sont : α) la stupeur, β) les états crépusculaires. Sur cette base peuvent se rencontrer des actes impulsifs, des délires, des hallucinations, des états d'anxiété et d'autres troubles élémentaires, comme complications. L'obnubilation de la conscience donne alors aux actes et aux délires de ces malades un cachet caractéristique, incohérent, rêveur, confus.

On a alors comme accès psychico-épileptiques transitoires des plus importants, comme simple trouble de l'intelligence ou comme complication d'autres symptômes élémentaires psychopathiques :

1° *La stupeur.*

Elle existe rarement comme phénomène autonome, mais habituellement comme phénomène succédant aux accès. Elle peut durer d'une demi-heure à plusieurs jours. Elle existe rarement seule et isolée ; la plupart du temps, il y a des délires et des hallucinations terrifiantes ; parfois ceux-ci sont remplacés par des délires religieux de nature expansive, caractérisés par une incohérence et une absurdité à allures somnambu-

[1] Legrand du Saulle, *Ann. d'hyg.*, avril 1875. — Garimond, *Ann. méd. psych.*, 1878, fasc. 1 et 2 (Histoire et critique de l'épilepsie larvée. Discussion de la Soc. de méd. légale. *Ann. d'hyg. publ.*, oct. 1877). — Weiss, *Wien. med. Wochenschr.*, 1876, 17, 18. *Ann. med. psych.*, janvier, mars, mai 1873, *Des transformations épileptiques*. — Legrand, *Etude*, p. 84.

liques. Samt a aussi observé de la verbigération avec un état de profonde confusion semblable à celle d'un songe. Habituellement cependant il y a mutisme. D'après le même auteur, cette stupeur épileptique diffère de tous les autres genres de stupeur par la difficulté de la perception, le trouble de l'intelligence très accentué, la confusion et les explosions de violence subites.

Observation LIX. *Stupeur épileptique.* — Ganster, trente-quatre ans, célibataire, journalier, originairement imbécile, épileptique depuis son enfance, est venu le 6 août 1873 de son village au chef-lieu de canton « parce que Dieu le lui avait commandé ! » Il se trouvait en état de délire, parlait avec confusion de diables, de Dieu, de pillage, d'hostilités, était profondément troublé intellectuellement, anxieux, stupide pendant des heures entières, regardant devant lui avec des yeux fixes. Le 12 août il revenait à lui ; il ne se rappelait que d'avoir eu la tête troublée, d'avoir eu des apparitions de feu et d'avoir reçu un message du ciel.

A l'asile il eut chaque jour plusieurs attaques épileptiques en partie classiques, en partie consistant en spasmes toniques avec perte de connaissance. Elles éclatent sans aura, durent plusieurs minutes et laissent derrière elles un état crépusculaire durant plusieurs heures. Par suite du traitement avec le bromure de potassium (6 gr.) elles deviennent rares et disparaissent complètement avec le temps. En revanche, depuis 1874, des états curieux de stupeur se produisent à des intervalles de trois à quatre mois; le malade alors est couché, les yeux immobiles, écarquillés, avec des pupilles élargies et à réaction paresseuse, et les globes oculaires anesthésiés; il est muet, sans réaction, la figure grimaçante. La peau et les muqueuses sont très pâles pendant ces accès qui durent huit jours; les artères sont fortement contractées. Dans cet état cataleptiforme, le malade reste dans les positions qu'on lui imprime, cependant sans flexibilitas cerea. Il ne dort pas; il faut le gaver. Il laisse couler sous lui ses excréments. Les excitations de la peau et des sens ne provoquent aucune réaction. Au bout de huit jours il reprend ses sens et ne sait rien de ce qui s'est passé. En 1877, se montrent à plusieurs reprises des accès vertigineux.

Le 13 mai 1877, un état d'excitation psycho-motrice de plusieurs jours se produit au cours d'un accès de stupeur, état pendant lequel le malade, sans conscience, danse, tourne en cercle comme par obsession, tremble de tout son corps, verbigère et parle sur le ton d'un sermon sans fin, un idiome nouveau, incompréhensible, et ne contenant que des fragments tronqués de mots allemands.

Le 24 mai 1877, le malade meurt de phtisie pulmonaire.

2° *État crépusculaire.*

Il se produit à la suite des accès, dans les intervalles qui séparent une attaque de l'autre ; mais on le rencontre aussi comme trouble psychique autonome avec une durée variant entre plusieurs heures et plusieurs mois. Ces états crépusculaires indiquent un changement d'intensité dans la continuité du phénomène. Ils apparaissent rarement sous forme pure ; ils sont, dans la plupart des cas, compliqués d'autres troubles élémentaires.

Comme états ayant une grande importance au point de vue clinique et médico-légal, il faut citer :

α). *Les états crépusculaires avec angoisse* (petit mal, selon Falret), c'est-à-dire une grave dépression psychique dont le malade n'a conscience qu'à

demi, qu'il éprouve comme une profonde douleur intellectuelle allant jusqu'à l'allégorie démonomaniaque et qui se combine avec de l'angoisse, de la confusion dans les idées, et avec une obsession et une reproduction douloureuses, ordinairement limitées à quelques groupes de conceptions anxieuses. Sous l'influence de cette obnubilation anxieuse et de cette oppression, le malade devient vagabond, chassé par la terreur d'un endroit à un autre. Il a souvent une perception hostile de son entourage, ce qui fait qu'il s'irrite contre lui. Souvent il se produit des actes impulsifs destructifs dirigés contre sa propre personne et motivés par la peur et par des idées obsédantes ; ou bien ils sont, pour la même raison et par suite d'une perception hostile, commis contre les gens de l'entourage. Ces actes destructifs se signalent par leur violence brutale et par leur inexorabilité. Conformément à la profonde confusion intellectuelle et à l'obnubilation de l'intelligence pendant la durée des accès, le souvenir de ces faits n'est que sommaire et dans tous les cas très obscur.

Ce trouble est plus rarement postépileptique qu'autonome, et, d'après les observations de Falret, il se rencontre plutôt sous la forme vertigineuse que sous la forme convulsive de l'épilepsie.

Observation LX. *Etats crépusculaires épileptiques avec angoisse (petit mal).* — Schmid, employé de commerce, vingt-neuf ans, est né d'une mère névropathe, atteinte de convulsions, a souffert lui-même de convulsions jusqu'à l'âge de cinq ans. A partir de cette époque, jusqu'à l'âge de neuf ans, on a observé chez lui des états de somnambulisme. Dans la période qui suivait, le malade était très nerveux, irritable et facile à épouvanter. A partir de seize ans, il eut de violents maux de tête, des tristesses habituelles, un caractère morose, une grande irritabilité émotive. A l'âge de dix-huit ans, tentative de suicide non motivée avec des allumettes. Jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, il eut souvent des accès d'angoisse et d'oppression sans motif, accès pendant lesquels il errait de tous côtés et était profondément troublé intellectuellement. Ces accès (petit mal) duraient quelques heures. Pendant une certaine période, le malade souffrit annuellement d'accès de vertige ; tout devenait alors noir devant ses yeux, et son intelligence s'obnubilait (vertige). Il entreprit un commerce et s'associa, en 1875, avec un autre individu. Ses affaires allèrent mal ; son associé était malhonnête. Depuis le commencement du mois d'avril 1876, sommeil troublé, maux de tête, rêves terrifiants, difficulté à distinguer entre ses songes et la réalité lorsqu'il se réveillait le matin, dépression allant jusqu'au tædium vitæ.

Dans la nuit du 5 au 6 mai 1876, il rêva que son associé malhonnête était devant lui et le menaçait. Il se réveilla, hors de lui, chercha une arme pour tuer son camarade qui couchait dans la même chambre et que, dans sa confusion, il identifia avec le personnage du rêve. Pendant qu'il cherchait sans succès une arme, il reprit ses sens et reconnut dans quel danger il s'était trouvé, ayant été sur le point de tuer un innocent. Le 6, au matin, il était déprimé, et l'après-midi, voulant se distraire, il alla se promener dans le parc de la ville.

Tout d'un coup, il fut pris de vertige, tout était noir devant ses yeux, une peur terrible le saisit. Il lui sembla que les passants l'attaquaient et le poursuivaient. Pris d'une angoisse indicible, il se sauva à toutes jambes, sans savoir où. Dans cette fuite, il ne voyait plus son entourage qu'avec des contours vagues.

Il ne saurait dire combien de temps il a couru. Enfin, il s'affaissa, hors d'haleine,

et pria un gardien de la paix, qui passait par là, de le protéger. Quand on l'amena à l'hôpital, ce qui eut lieu immédiatement, il avait la mine anxieuse et bouleversée ; son intelligence était visiblement obnubilée. Le soir, il devint lucide et dégagé de son angoisse. Le crâne est grand (circonférence : 58). Au côté gauche de la pointe de la langue il y a une cicatrice. Le malade nie avoir eu des accès épileptiques proprement dits. Comme l'observation consécutive n'a permis de constater rien de notable, sauf une certaine dépression, le malade fut relâché sur sa demande.

β). Comme aggravation de l'état que nous venons de décrire, aggravation causée par un trouble plus profond de l'intelligence et par des délires et des hallucinations de complication, se présente le *grand mal* (Falret), c'est-à-dire le délire hallucinatoire, persécutoire, furieux, et qui éclate brusquement. Le sujet terrifiant des idées délirantes, les délires des sens qui consistent habituellement en visions horribles (hantise de fantômes, danger de mort), la confusion et le trouble de la conscience, donnent à ce délire épileptique un cachet particulier qui se caractérise encore mieux par de fréquents épisodes de stupeur, parfois aussi par des apparitions passagères de délire religieux primordial. Comme réaction contre cette terreur intellectuelle avec trouble profond, on voit se produire de violentes décharges psycho-motrices sous forme de lutte et de défense aveugles contre des spectres, contre les gens de l'entourage qu'on perçoit sous un jour hostile, des états d'irritation furieuse dans lesquels le malade rage et devient inabordable, talonné par la peur de la mort et le désespoir, donne des coups autour de lui, mord, crache et devient très dangereux pour l'entourage, ainsi que le prouvent les annales de la médecine légale.

Comme variété rare de ce délire hallucinatoire terrifiant, j'ai observé des délires hypocondriaques.

La résolution de ces états de grand mal est brusque, du moins en ce qui concerne le délire ; cependant, ordinairement, l'état crépusculaire confus lui survit encore pendant quelques heures et même quelques jours, ou bien le malade, après une phase de stupeur, revient à l'état de lucidité.

La durée totale des accès varie entre quelques heures et plusieurs jours. Les souvenirs du malade, qui semble sortir d'un rêve pénible, sont très sommaires. Dans la plupart des cas, il y a précisément lacune dans les souvenirs pour toute la durée de l'accès.

Ces délires se rencontrent surtout dans l'épilepsie convulsive, et pour la plupart comme précurseurs ou comme suite immédiate des accès classiques, notamment des accès en séries.

Observation LXI. *Etats crépusculaires délirants postépileptiques.* — Morbach, vingt-cinq ans, fils de fonctionnaire, a été reçu à la clinique le 9 juillet 1876. Le père était un homme excessivement irascible et porté aux colères violentes. A l'âge de six semaines, le malade fut atteint d'un eczéma qui a duré jusqu'à l'âge de quatorze ans et qui, depuis, revenait sous forme d'accès. A l'âge de quatorze ans se produisaient épisodiquement des convulsions dans les extrémités supérieures, en même temps que du vertige et une obnubilation de l'intelligence. Après quelques mois et consécutivement à une attaque de choléra, eut lieu le premier accès d'épilepsie. Depuis, les accès revenaient à des intervalles qui variaient entre quelques jours et

une semaine. Le malade devint irascible et fut un peu retardé dans son développement intellectuel.

Depuis la fin de 1875, il se produisit des délires furieux postépileptiques environ tous les trois mois. Après des accès accumulés, un état crépusculaire se déclara le 9 juillet 1876, état pendant lequel le malade était sans sommeil, et paraissait troublé dans son aspect et dans son esprit. Le 11, pendant la nuit, un délire furieux terrifiant vint s'y ajouter. Le malade devint très anxieux, sauta tout d'un coup du lit, saisit un autre malade qu'il serra à la gorge, cria, se mit en rage et se débattit furieusement. Le lendemain matin, il se trouva, à son grand étonnement, au cabanon d'isolement. Il était encore dans un léger état crépusculaire, et put raconter seulement qu'il avait eu peur des assassins, qu'il avait entendu du fracas et des coups de canon terribles et avait vu tout en sang et en flammes. Le 15, l'après-midi, le délire se déclara de nouveau et dura jusqu'au 21 ; le malade présenta le même état que dans la période du 11 au 12. Il rageait, criait au secours. La tête était congestionnée. Pouls de 120 à 140°. Jusqu'au 23, l'état crépusculaire persista. Le malade est soumis à un traitement par le bromure de potassium (6 à 12 gr. par jour). Les accès épileptiques deviennent rares ; plus rarement encore et à peine une fois par an il arrive à avoir du délire postépileptique similaire à celui des temps passés. Le caractère épileptique (irritabilité, humeur morose) et l'imbécillité ne changent pas. Par moments le malade devient tout d'un coup agressif avec son entourage, par suite d'illusions (les figures des gens de l'entourage se transforment en masques horribles) ; parfois, de légers états crépusculaires se montrent avec hallucinations subites (voix injurieuses, nouvelles de la mort de parents, etc.), qui peuvent être interprétés comme des délires abortifs.

Observation LXII. *Etats crépusculaires ; délire terrifiant avec fragments de délire religieux.* — Hollerer, vingt-cinq ans, fils de paysan, reçu le 14 février 1875, a une sœur épileptique ; a souffert de convulsions violentes pendant sa dentition ; n'a appris à parler qu'à l'âge de trois ans, était imbécile.

En 1858, l'épilepsie se déclare sans aucune autre cause. Au début, les accès reviennent deux ou trois fois par jour, plus tard tous les quinze jours seulement, mais ils ont un caractère plus grave et une durée plus longue. Grande irritabilité d'humeur, baisse mentale progressive. Depuis l'âge de vingt ans, il y a parfois des états de délirium terrifiants après accès accumulés. Ces états sont tout à fait typiques ; ils apparaissent quelques heures après les accès épileptiques qui laissent derrière eux une confusion intellectuelle profonde et durent jusqu'à huit jours. Il fait claquer ses doigts, voit son père s'avancer sur lui menaçant, méconnaît son entourage dans un sens hostile ; tel est le début du délire. Pendant la durée du délire, il existe un trouble profond de l'intelligence et de la confusion : « Tout cela percera à jour, — le bon Dieu ne m'abandonnera pas, — vous m'assassinez, — nous nous reverrons en enfer. » Le malade rage, se bat avec les gardes-malades, se défend d'une façon désespérée, ne tolère pas de vêtements, déchire tout, fouille dans la paille. Episodiquement, généralement à la fin du paroxysme, il chante, jubile, se fait de la paille et de ses hardes une sorte d'autel autour duquel il exécute des danses ; il se croit au ciel. L'état crépusculaire dure quelques heures et même des jours entiers après le délire. Amnésie absolue pour tout ce qui se passe pendant ce temps.

Le malade souffre de strabisme convergent depuis son enfance ; la pupille gauche est plus large que la droite.

Il fut impossible de donner régulièrement au malade du bromure de potassium. Après un court séjour à l'hôpital, status epilepticus et mort.

γ). *Etats crépusculaires avec délire religieux expansif*[1]. — L'appréciation clinique de ces délires qui ne sont pas rares chez les épileptiques, date de notre époque. Ils peuvent être considérés comme des équivalents des délires sus-nommés et se présentent aussi d'une manière paroxystique et sous forme d'accès bien nets. Ils roulent sur des visions de divinités et de choses divines (nomenclature de Dieu, — Samt). Les malades se croient Dieu, le Christ, les Prophètes, s'imaginent être au ciel, et cette croyance contribue probablement à provoquer des anesthésies musculaires et les délires d'ascension vers le ciel qui en résultent. Pendant leur délire les malades sont en rapport hallucinatoire avec Dieu, reçoivent des révélations, des prophéties, des ordres, etc., par exemple de tuer leurs parents pour qu'ils puissent entrer au paradis. Les gens de l'entourage sont souvent pris pour des juifs, des impurs, etc., et gravement menacés. Au milieu de ce délire qui les rend heureux, la scène peut changer subitement; le malade voit devant lui l'enfer, le jugement dernier, il devient un pécheur contrit et veut faire pénitence; mais il sort de ces épisodes toujours comme une personne béatifiée. Ces délires religieux se distinguent par leur monstruosité et par leurs allures féeriques. Dans la plupart des cas, le trouble de la conscience n'est pas très profond et alors les malades se rappellent au moins sommairement les événements du délire; cependant il y a aussi des cas avec absence complète de souvenirs.

Episodiquement l'état peut s'accentuer jusqu'à devenir de l'extase. On observe aussi des états de stupeur intercurrents. Après un état de stupeur ou de crépuscule, le malade revient à l'état de lucidité.

Observation LXIII. *Délire épileptique religieux expansif*. — Tscherny, cinquante ans, journalier, fut atteint de convulsions pendant son enfance; une épilepsie s'ensuivit. Au début les accès ne se présentaient qu'à un intervalle de quelques semaines, plus tard de quelques jours, et avaient le caractère des attaques épileptiques classiques. Dans les dernières années, des délires religieux s'y ajoutèrent, et c'est pour ce motif que le malade a été reçu à l'asile le 4 août 1873. L'observation faite sur lui pendant six ans a fait constater des accès épileptiques géminés qui se présentaient à des intervalles de quelques jours, précédés d'une irritabilité croissante et suivis d'une obnubilation intellectuelle et d'une confusion durant plusieurs heures. Le bromure de potassium n'eut qu'un succès douteux. Il n'y a pas d'anomalies craniennes, ni de troubles végétatifs de quelque importance. Il existe un degré modéré d'imbécillité qui se manifeste d'une manière incontestable. Le malade est le type achevé du caractère épileptique : homme morose, très irascible, bigot, religieusement hypocrite, qui a toujours le bon Dieu aux lèvres, un livre de prières dans sa poche, soupire à cause des sacrilèges du monde, tourne les yeux au ciel aussitôt qu'on parle des choses divines, de l'amour et de la bonté divine; mais quand un autre malade le trouble le moins du monde dans sa contemplation et dans sa sérénité de pharisien, il réagit de la manière la plus brutale; une légère

[1] Toselli, *Sur la religiosité des épileptiques. Arch. ital.*, mars 1879, p. 98. — Skae, *Journ. of mental science*. 1874. attire l'attention sur le fait que les visions épileptiques d'Anna Lee ont donné lieu à la fondation de la secte des *Shakers* (trembleurs), que les délires de Swedenborg ont fait naître des sectes en Suède et en Angleterre, et que les hallucinations de Mahomet ont produit l'islamisme.

interruption pendant qu'il fait sa prière à table, par exemple, suffit pour qu'il tombe sur les autres, provoque des zizanies et des querelles, et déclare la religion en danger.

Il se tient avec orgueil à l'écart des autres; il ne travaille pas, vit dans la pensée de Dieu et du Paradis, et considère son séjour à l'asile comme un martyre pour lequel Dieu le récompensera un jour. Trois ou quatre fois par an, tantôt avant, tantôt après les accès accumulés, il tombe dans un état d'irritation et d'agitation qui alternent ; cet état est dans la plupart des cas amené par une contrariété. Il profère des injures violentes contre son entourage mécréant et sacrilège; son intelligence s'obscurcit, il prend les gens qui sont autour de lui pour des diables, croit la religion en danger, croit devoir la défendre, exterminer les ennemis de Dieu; rage, donne aveuglément des coups autour de lui, demande à être crucifié pour la vraie foi. A l'acmé du paroxysme il tombe en extase, voit Dieu face à face, se frappe la poitrine et déclare qu'il est le véritable Homme-Dieu, le Christ, le vrai champion de Dieu, prophète et martyre. Il a voulu se faire crucifier pour la vraie foi, mais quand il voulut mettre à exécution son idée, il s'aperçut qu'un être déjà était attaché à la croix. Episodiquement, il rage et se livre à des actes de fureur contre les gens de son entourage profane qu'il prend pour des diables, des pécheurs, des impénitents.

Pendant cette période délirante la conscience est considérablement troublée, mais accessible encore aux impressions du monde extérieur. Par conséquent il n'y a pas de lacune dans les souvenirs. Le malade se souvient de ses visions divines, mais ne les rectifie pas.

Les accès sont typiquement similaires à cette différence près qu'ils durent tantôt un jour seulement, tantôt cinq à six jours. Un état crépusculaire et une grande irritation constituent la transition vers l'état intervallaire.

δ). *Etats crépusculaires particuliers avec idées romanesques de nature généralement expansive*, qui, dans les changements de l'état de conscience, apparaissent tantôt comme de simples représentations obsédantes, tantôt comme des délires. Le malade qui, en apparence, jouit de ses sens, agit et parle consciemment, se trouve pourtant dans un état crépusculaire semblable à celui du somnambule. Il agit dans le sens de ses idées romanesques, accomplit un rôle ou une mission puisés dans son délire et se met par là en conflit grave avec le monde de la réalité et avec ses vrais intérêts. Ainsi, il peut se faire qu'en marchant il s'égare, qu'il se livre au vagabondage, qu'il déserte, qu'il commette des escroqueries, des vols, etc., actes dont ensuite il n'a aucun souvenir ou un souvenir très sommaire[1].

La durée de ces états varie entre quelques heures et plusieurs mois. Il paraît qu'ils ne se rencontrent que chez les individus qui n'ont pas eu ou n'ont eu que rarement des attaques d'épilepsie classique, mais en revanche du vertige et des accès d'angoisse.

Observation LXIV. *Etats de rêve épileptique.*— Holl, vingt-deux ans, lithographe, né d'une mère migraineuse. Une sœur est épileptique; un frère a le crâne prognathe.

[1] Legrand du Saulle (*Etude méd. légale*, p. 110) cite comme un fait sans précédent dans la science, le cas d'un commerçant qui s'était déjà fait remarquer par ses nombreux voyages sans plan ni but et qui, un jour, à son grand étonnement et effroi, se retrouva à bord d'un paquebot à Bombay, au lieu d'être à Paris.

Le malade était, dans son enfance, chétif, eut des convulsions, se développa lentement, apprenant à l'école très difficilement. A l'âge de treize ans, trauma capitis avec perte de connaissance. Depuis sa jeunesse, penchant romanesque pour les chimères et les imaginations. Il lisait de préférence des romans, des contes de chevalerie et souvent il arrivait à peine à établir une démarcation entre les choses lues et la réalité. Souvent, au milieu de son travail, il rêvait de scènes romanesques qu'il avait lues ou qu'il avait vues au théâtre; il devenait distrait et tout à fait incapable d'exercer son métier. A l'époque de la puberté, il s'adonna à l'onanisme qu'il pratiqua jusqu'à ces temps derniers. Dès son enfance nerveux, très émotif; il a été pris de peur violente en 1869, à cause d'un chien qui le mordit à la jambe. Longtemps encore après cet accident il se sentait nerveux, très agité. Depuis il ne put plus supporter le vin. S'il se laissait aller à en prendre seulement deux verres, il était pris d'une angoisse violente, de crampes toniques dans les extrémités, de bruissement dans la tête et de difficulté de la respiration. Depuis trois ans se produisaient à des intervalles irréguliers de plusieurs mois des accès dans lesquels le malade tombait par terre, restait évanoui pendant plusieurs minutes pour se réveiller ensuite avec une crise de pleurs violente. Une sensation de froid ayant les allures d'un aura et qui se répandait avec la rapidité de l'éclair des pieds à la tête, annonçait toujours ces accès. Depuis trois ans, se montrent à des intervalles irréguliers de plusieurs mois des états que le malade lui-même désigne comme états sans connaissance. Pendant ces états il est incapable de penser, il est tout troublé et il ne garde de ce qui se passe alors qu'un souvenir tout à fait sommaire. Les signes précurseurs de ces états sont : des visions d'êtres hostiles, menaçants, mauvaise odeur comme si on avait brûlé du soufre, et un vacarme assourdissant dans les oreilles.

Dans ces dernières années, le malade a été en outre pris parfois d'un trouble de l'intelligence particulier, trouble pendant lequel il agissait en partie dans le sens de ses dées romanesques « qui lui étaient tombées du ciel », ou bien il accomplissait des actes tout à fait impulsifs, motivés par rien, et dont il n'avait conscience qu'après leur exécution, ce qui lui causait alors beaucoup de dépit et de chagrin. Ainsi il lui arriva qu'au milieu de la nuit il fut pris de l'impulsion de faire une promenade, et il se mit à flâner sans aucun but. Un jour qu'il faisait une commission, l'idée lui vint sans aucun motif de partir pour Leoben. Il la mit à exécution aussitôt et le lendemain à son grand étonnement il se réveilla à Leoben, ne comprit pas cette bêtise pour lui inexplicable et rentra tout honteux avec de l'argent qu'il emprunta. Il fit des excursions semblables et sans but à Marburg, Fuerstenfeld, etc.

La guerre franco-allemande a produit sur le malade une profonde impression. Il se délecta à la lecture des journaux rapportant les victoires de l'armée allemande ; souvent il s'enivrait de l'idée qu'il était un héros lui aussi, de l'idée de se faire soldat et ensuite empereur. Souvent il avait l'idée de devenir prince régnant, de fonder un royaume, de livrer des batailles, de se conquérir une belle fiancée.

Dans ces dernières années, il lui arriva à plusieurs reprises, environ une ou deux fois par an, et pendant une période de cinq à six semaines, de s'absorber complètement dans ses idées fantastiques qu'il désigne lui-même « comme tombées des nuages » ; alors, dans cet état étrange et crépusculaire de la conscience, il prenait pour la réalité tout ce qu'il avait considéré jusque-là comme un jeu de son imagination. Quand même alors sa conscience s'éclaircissait pour quelques heures, la simple méditation de ses idées romanesques suffisait pour qu'il transformât en réalité apparente ce que le monde de son imagination lui avait présenté. Alors il se croyait roi, chef d'armée et dirigeait des batailles. Tout d'un coup la compréhension du caractère insensé de ses projets lui revenait et il comprenait qu'il n'avait que rêvé.

Après ces accès il se sentait pendant longtemps las et épuisé intellectuellement. Le souvenir de cet état de rêves n'était que très sommaire.

Au cours de l'automne 1874, le malade eut des troubles des deux yeux, troubles accompagnés de symptômes de mal de tête frontal et de sensations de brûlure dans les orbites; cela le rendit incapable de travailler et l'amena à l'hôpital au commencement du mois de janvier 1875. Le séjour à l'hôpital ne lui était pas agréable; l'aspect des malades le faisait souvent trembler de tout son corps; de plus, pendant la nuit, il était hanté par toutes sortes d'images terrifiantes. Le 18 mars 1875, au soir, le malade, jusqu'alors tout à fait libre psychiquement, se mit à crier subitement : « Je suis le roi Stuart. Donnez-moi une épée et le cadavre de ma mère. » Il délirait, rageait; on lui fit une injection de morphine de 0gr,04; il redevint calme et, après un état crépusculaire, il reprit ses sens le 19 au matin. Il se souvenait seulement que le 18 au soir, au moment de se mettre au lit, il avait été tout d'un coup entouré d'une foule d'êtres, avait entendu un vacarme terrible et avait été pris de vertige. Les jours suivants, le malade était tout à fait lucide, mais légèrement alourdi et il se plaignait de mal à la tête. Le 29 mars, le malade est pris tout d'un coup de terreur : il pâlit, a le vertige, s'affaisse en respirant convulsivement, perd conscience et reste pendant dix minutes dans cet état sans que des convulsions se produisent. A partir de ce moment jusqu'au mois de mai il se produit chaque jour plusieurs accès de délire stéréotypé. Les accès commencent ordinairement par un bruit de bataille. Le malade demande son épée, s'élance comme un général en chef à la tête de ses troupes vers l'ennemi, s'escrime furieusement et donne des coups d'estoc autour de lui, ranime les siens au combat. Il les mène à la victoire, ensuite *Te Deum*, marche de la victoire, que le malade chante et tambourine. Puis banquet de gala avec toasts, il est proclamé duc, on distribue les décorations gagnées sur le champ de bataille, discours adressé à l'armée, solennité commémorative en l'honneur des soldats morts, consolations à leur famille; après quoi Son Altesse se retire avec sa fiancée princière dans la chambre nuptiale et s'endort. Parfois il y a encore un épilogue : il vante les charmes et les vertus de sa fiancée avec un enthousiasme dithyrambique et dans un pathos boursouflé.

Les pupilles ordinairement d'une largeur moyenne se dilatent au maximum pendant l'accès; la tête et les extrémités sont froides, le pouls ordinairement à 60 monte à 100; il est très petit et accéléré. Les impressions à la douleur et au toucher sont perçues; des phénomènes spasmodiques ont lieu sans que le malade y fasse attention. L'azotite d'amyle provoque une prompte réaction, mais n'a aucune influence sur l'évolution de l'accès. Par contre, les injections de morphine aux doses de 0gr,01 à 0gr,02 agissent et coupent l'accès si on les fait dès le début. Les accès qui durent plusieurs heures, arrivent brusquement, irrégulièrement; l'impulsion est donnée par le vacarme, un bruit de détonations, etc., mais surtout par le fait que le malade s'abandonne de lui-même à ses idées romanesques qui alors s'accentuent immédiatement jusqu'à l'intensité d'hallucinations et le placent tout d'un coup dans le monde de ses rêves. Pour cette raison il évite autant que possible de parler de ses « idées », car autrement il se mettrait de nouveau dans son état. Pour les incidents passés pendant l'accès ainsi que pour les faits du délire, il n'y a chez lui aucun souvenir ou la plupart de temps un souvenir très sommaire. Après l'accès le malade est légèrement stupide, son intelligence est un peu obnubilée; il est très irritable, se plaint de mal de tête, de vertige. Si un accès nouveau se produit au bout de quelques heures, l'intelligence ne s'éclaircit pas tout à fait pendant l'intervalle.

Dans la période intervallaire le malade est lucide, mais rêveur; il s'abandonne à ses idées romanesques, hanté par des rêves nocturnes, plein d'angoisse. Il se plaint

souvent de maux de tête et de ce qu'il ne peut pas échapper au monde de son imagination.

A partir du 24 mars on lui donne chaque jour 6 grammes de bromure de potassium et peu à peu cette dose est portée à 14 grammes. Un succès bien net n'a pu être constaté. Fin mai, les accès délirants devinrent plus rares. Le 6 juin, après un accès, alors que le malade paraissait lucide, il devint d'un coup douloureusement déprimé, demanda vivement à s'en aller et menaça de tout casser. L'intelligence était profondément troublée, la mine défigurée. Deux tentatives de suicide se suivirent rapidement. Le 11 juin, cet état de dépression aiguë disparaissait subitement. Le malade ne savait absolument rien de ce qui s'était passé. Jusqu'au 12 juillet, il n'eut pas d'accès ; il se trouvait bien, lucide, à part ses maux de tête et son abandon à ses rêveries.

Le même jour des sensations névralgiques se déclarèrent à la région temporale gauche, auxquelles se joignirent des hallucinations terrifiantes (vue de cadavres, guet-apens de brigands, écrasement par des machines). C'était l'aura d'un accès pendant lequel le malade prit le médecin pour un archiduc, se crut lui-même un souverain et commanda de nouveau une armée.

A plusieurs reprises ce délire a été interrompu par des mouvements spasmodiques des bras et des convulsions latérales de la tête. Au bout d'une demi-heure cet accès abortif était passé. Le malade n'en avait pas conscience après.

Avec cet incident le cycle des accès fut clos. Le malade resta à partir de cette époque tout à fait lucide et déclara avec joie qu'il était débarrassé de son mal de tête agaçant ainsi que de ses stupides idées romanesques. Jusqu'au milieu du mois de novembre 1875 on ne remarqua plus rien d'insolite chez H... Le 15 novembre, le mal de tête avec trouble du sommeil se manifesta. Le 17 au soir, il pensa au théâtre. Tout d'un coup, il vit devant lui la scène, elle marcha vers lui ; il se crut roi, à cheval au milieu d'une forêt. Alors on tira un coup de fusil sur lui ; frappé, il tomba de cheval et le rideau fut baissé. Aussitôt il s'est retrouvé dans le monde des réalités.

Dans la nuit du 17 au 18, il se leva, rampa le long du mur de la chambre pour s'éloigner, avait ce faisant la mine toute bouleversée, s'affaissa brusquement, resta pendant une heure et demie sans connaissance et sans symptômes spasmodiques, puis s'endormit. Amnésie pour cet incident.

Le 18 novembre dans l'après-midi, état ayant les allures d'un songe, durant trois heures, avec délire du théâtre, de royauté, etc., et dont la nature correspond parfaitement à celle de l'accès du 17. Le malade n'a de cet accès qu'un souvenir sommaire ; il sait que cette attaque débuta par des bourdonnements d'oreilles et un mal de tête et qu'il se croyait transporté en Espagne, à Paris, etc.

Le 23 novembre, dans l'après-midi, le malade tout d'un coup regarde fixement devant lui. La figure a l'immobilité d'un masque, les joues sont injectées, roses. L'hyperémie se répand sur la nuque, sur les épaules jusqu'à la hauteur de la huitième vertèbre dorsale. Les influences mécaniques sur la peau de ces parties provoquent une rougeur vive qui ne disparaît qu'après un certain temps. Cette hyperémie ne peut pas être provoquée sur les extrémités. Pouls à 90, très plein, mou. Le malade a perdu les sens et se met à pérorer dans un véritable pathos : « Catherine d'Ecosse, avez-vous déjà réuni vos preux cavaliers ? Nous allons les faire partir. Rassemblez votre petite troupe ! Catherine, mon épouse ! Partons ensemble le jour de notre mariage, dussions-nous renoncer au plaisir qui appartient à ce jour de grand bonheur ! Qui oserait répandre le sang d'un roi ? Ralliez-vous ! C'est triste d'être troublé le plus beau jour de sa vie. Que les lames fassent entendre leur cliquetis, les canons leur tonnerre,

les trompettes leurs fanfares; les murs de la ville doivent s'écrouler ! Peuple, ne recule pas, ton roi est là, Charles de Bourbon est avec toi. Faites occuper les entrées, immédiatement ! Plantez les canons là sur cette colline ! Peuple ! Que tout le monde chante le *Te Deum* et, quand vous apercevrez l'ennemi, tournez vos regards vers le ciel ! Peuple chéri ! Tiens ferme auprès de ton roi ! Catherine, ceins ton épée et défends, toi aussi, le droit de ton pays, bonheur et prospérité à notre peuple !... Faites avancer, les canons tonnent... cela va mal, il a son roi de bandits de Castiglione ; Don Carlos doit se rendre, mort ou vivant, sus, tuez-le !... En avant, en avant (le malade prenant une chaise frappe du côté de son entourage), Catherine d'Écosse vit pour vous... Vous ne l'avez pas encore rejoint l'assassin ? Mon peuple ne sera point ta victime ! Comme ils se battent ! Que Dieu vous bénisse ! Votre sang vous sera compté richement. Je suis encore sans blessure. Catherine, ton cœur mérite des couronnes de lauriers ! » Un état de stupeur s'est ajouté à ce délire. La nuit du 23 au 24 le malade dormit bien. Le 24 au matin, il est encore en état crépusculaire. Amnésie pour l'accès. Pouls à 72. Artère contractée.

Jusqu'au 18 janvier 1876, le malade se porte bien, sauf quelques maux de tête et des hémorragies nasales.

Le 18, l'après-midi, le malade a les yeux fixés en haut. Mis au lit, il a un état crépusculaire qui dure de 1 heure à 5 heures du soir. Pas de délire, sauf cette exclamation détachée : « Mes dépouilles mortelles seront transportées à Milan. »

Le 19 au soir, le malade tombe tout d'un coup évanoui, il reste par terre trois quarts d'heure immobile, les yeux fixés en haut, les membres relâchés. Pouls petit, artère contractée. Tout d'un coup le délire éclate, roulant sur la mort des ennemis, la victoire, le mariage, et dure une heure. En même temps, une rougeur se répand de nouveau sur la figure, les oreilles, la nuque, la poitrine, le dos jusqu'à la hauteur de la huitième vertèbre dorsale. Le pouls devient plein, à 88. Le front est couvert de sueur. Au délire s'ajoute un état crépusculaire avec angoisse et visions de figures horribles. Après, sommeil de plusieurs heures. Le malade se souvient seulement qu'au début de l'accès, il a vu des êtres menaçants qui demandaient son cadavre. Il se défendit, disant qu'il n'était pas mort. Alors ils se mirent à sonner les cloches à toute volée, des boulets rouges et en feu sortaient du mur. On vint à son secours. Une lutte s'engagea. Ce qu'il se passa ensuite, il l'ignore complètement. A partir du 20 janvier jusqu'au 18 mars, il n'a pas d'accès et se porte bien, à part quelques maux de tête.

Le malade est de taille moyenne, vigoureusement bâti, assez gras. Le crâne est large. Les arcades sourcilières font d'énormes bourrelets. Le nez est dévié à droite. L'œil gauche s'écarte de la ligne visuelle vers le côté gauche. Sur les paupières inférieures existent souvent des convulsions fibrillaires. Processus atrophique de la choroïde aux deux yeux formant couronne autour de la pupille. Le fond de l'œil, surtout la macula lutea, est intact. On remarque souvent du nystagmus. Comme les accès ne se reproduisaient plus, le malade fut remis en liberté au mois de juillet 1876. Dans la période qui suivit, il était irritable, nerveux ; parfois état crépusculaire et accès de douleur temporale ; à un moment il eut pendant deux jours la langue paralysée, c'est-à-dire qu'il était muet. Au commencement du mois de septembre 1876, il fut de nouveau atteint d'idées romanesques, expansives. Il lui semblait qu'il devait devenir écrivain ou inventeur. Tantôt, il lui semblait qu'il l'était déjà et qu'il devait présenter ses ouvrages à Vienne. Dans la rue il voyait les gens en habits de fête. Il croyait devoir rapporter à sa personne les fêtes solennelles qui avaient lieu par hasard quelque part. Il erra de nouveau comme dans un rêve, entendant souvent crier « Evviva » derrière lui, quelquefois aussi :

« A bas cet homme! » Souvent il fut assailli par des sentiments d'angoisse avec l'idée tourmentante qu'on allait l'assassiner. Au commencement du mois d'octobre, son père l'envoya pour régler des affaires à Unterstein et lui donna 40 florins pour les frais du voyage. En route il s'embarqua dans des idées politiques exaltées. Il lui semblait qu'il était appelé à prendre part à la guerre serbo-turque, à assister à la conférence de Berlin. Il se sentit alors dans la position d'un ambassadeur qui inspecte un pays; il erra sans but, s'égara en marchant dans des forêts, et arriva en Hongrie. Là (fin novembre) se produisit un délire épisodique terrifiant, alors qu'il se trouvait dans un restaurant. Avec de violents maux de tête il fut pris d'angoisse vive, se voyait entouré de cadavres, entendait des cris et sonner le tocsin. Trois jours après il continuait à errer comme dans un rêve; et il fut alors ramassé évanoui à la gare ; des gens ayant eu pitié de lui, lui donnèrent un billet de chemin de fer pour Gratz, il partit, mais arrivé il ne reconnut plus sa ville natale et alla sans but à Obersteier. Là, il y eut recrudescence du délire terrifiant. Pendant deux jours ses yeux se voilèrent complètement; il entendait un bruit terrible de canons, voyait des bêtes sauvages, ne comprenait pas la langue des gens, se croyait en Australie ou ailleurs. Alors lui vint l'idée que le bruit des canons était des salves tirées en son honneur, qu'il était un très haut personnage et qu'il visitait le pays, envoyé en mission. Il reprit le train pour Gratz. Quand il arriva dans cette ville, les canons tonnaient, on sonnait toutes les cloches. Il entendait des voix : il doit persévérer, car tout cela le mènera au bien. Quelques heures plus tard, à Marburg, le 28 décembre, il revint à lui, sortit de cet accès qui durait depuis le commencement du mois d'octobre; il n'avait qu'un souvenir sommaire de cet état crépusculaire, avait la tête lourde, la bourse vide, et il ressentait une douleur profonde de ce qui venait de lui arriver.

Le 30 décembre 1876, de nouveau reçu à la clinique, il ne présenta rien d'insolite, sauf un sommeil agité, une humeur morose, irritable, des sensations olfactives épisodiques d'herbes brûlées. Ainsi on put de nouveau acquiescer à sa demande de rentrer chez lui.

Le 6 juin 1879, il fut de nouveau reçu. Jusqu'au mois de décembre 1878 rien de notable ne lui est arrivé. En janvier 1879, pris d'un état crépusculaire, il s'égara et arriva en Hongrie, où il eut épisodiquement un délire hallucinatoire terrifiant ; mais quelques jours plus tard il était déjà rentré chez lui. Quelques semaines après, dans un voyage entrepris pour affaires, il eut une nouvelle odyssée au cours de laquelle il tomba dans la neige et faillit mourir de froid ; mais, après avoir perdu ses bagages, il réussit à rentrer chez lui sans accident.

Le 2 mars 1879, le malade disparut de la maison et ne rentra que le 3 juin de Vienne. Il ne sait donner aucun motif pour ce voyage à Vienne, et il n'a gardé qu'un souvenir sommaire de son séjour dans cette capitale. Il a dans cette ville erré en rêve, sans but, fait de petites escroqueries ; bientôt après son arrivée et une autre fois vers la fin du mois d'avril, il eut un délire épisodique hallucinatoire terrifiant qui dura plusieurs jours. Il sait, en outre, qu'à cette époque il se prenait pour un grand seigneur et avait à l'occasion l'idée de se rendre à Saint-Pétersbourg pour y mettre les choses en ordre, qu'il se croyait un grand écrivain et écrivait des romans. Dans son délire terrifiant, il voyait des cadavres sanglants, l'écroulement du plafond. Il entendait un vacarme terrible, la pétarade des coups de fusil; des boulets de canons frappaient les murs. Puis il entendait les lames de la mer se briser contre un obstacle, il se croyait sur un navire; on tira sur lui; des flammes le léchaient, etc.

Le 6 juin 1879 le malade était arrêté pour une affaire d'escroquerie. Il fut saisi d'une émotion très vive, prit un couteau qui était sur la table et voulut se couper la

gorge, tuer l'agent de la sûreté. On lui arracha le couteau, il se mit en rage, entra en délire, appela ses hussards, livra une bataille contre ses ennemis et fut reçu à l'hôpital en plein délire de bataille. Le 7 juin il était sans délire, mais il était encore en état crépusculaire, se plaignait de violents maux de tête, avait un souvenir sommaire, prétendait que tout un escadron avait chargé contre lui. Il ne sait pas comment il est arrivé à l'hôpital. Il est encore sous l'impression qu'il est un grand personnage, un sorte de grand général, il se compare au roi Philippe de Macédoine dont les débuts furent également modestes.

Le 11 juin, l'état crépusculaire disparaît. Dans la période qui suit, le malade a des rêves pénibles d'incendie, qu'il est écrasé, pris entre deux machines, etc. ; il est comme auparavant nerveux, irritable, mais constamment lucide, et il est remis une fois de plus en liberté après avoir été soumis à une observation de plusieurs mois.

ε). *Etats crépusculaires avec excitation à forme de moria*[1], d'une durée variant entre plusieurs heures et plusieurs jours. Samt a observé à plusieurs reprises cette forme qui est peut-être la plus rare dans les troubles épileptiques transitoires et dans laquelle le malade présente le tableau d'une moria apparente (courses puériles, rire, plaisanteries bêtes, grimaces, farces, etc.), mais ce tableau se distingue nettement par le trouble profond de l'intelligence, les lacunes de la mémoire, de la forme transitoire analogue de la simple aliénation maniaque. Il a constaté plusieurs fois qu'elle s'accompagne de stupeur consécutive ou épisodique.

Observation LXV. *Etats crépusculaires avec excitation à allures de moria.* — Bleimuth, vingt-cinq ans, fille d'un journalier, dès son enfance épileptique et imbécile, a été trouvée dans un champ, à quelques heures de marche de son village natal, dans un profond état crépusculaire, chantant et dansant; on l'amena à l'asile d'aliénés. L'observation à l'asile fait constater de fréquents accès épileptiques qui, pour la plupart classiques et accumulés, reviennent à des intervalles de quelques jours. Puis et en même temps que ces accès, mais parfois aussi comme phénomènes autonomes, il y a des paroxysmes d'agitation à allures de moria qui se ressemblent typiquement, durent parfois jusqu'à trois jours et qui ne se distinguent des tableaux analogues de la manie que par la profonde confusion intellectuelle et par le trouble de la conscience.

La malade se met tout d'un coup à chanter, à faire des grimaces joyeuses, à parler sans fin et avec incohérence. Elle se tord de rire, marche en se dandinant, prend des attitudes grotesques, se roule par terre, dorlotte les malades et les médecins qu'elle ne reconnaît pas, se débarrasse de ses vêtements, s'arrange les cheveux, parcourt la salle d'un bout à l'autre. Pouls petit, artère contractée, extrémités froides ; insomnie tant que dure l'état d'agitation. Un profond état crépusculaire persiste après cette agitation pendant quelques heures et même pendant un jour. Amnésie absolue pour ces paroxysmes qui se manifestent deux ou trois fois par mois. Le bromure de potassium ne donne pas de résultat.

En face de ces tableaux protéiformes il est de la plus grande importance de reconnaître la névrose qui en est la base.

A cet effet, sont d'une grande importance :

L'étiologie du cas, l'anamnèse, l'attention donnée aux symptômes inter-

[1] Falret, *Op. cit.*, p. 10. — Samt, *Op. cit.*

vallaires, les symptômes de l'accès et la comparaison des divers accès entre eux.

1° Au point de vue étiologique, il faut considérer comme importants : la tare héréditaire, les trauma capitis et le rachitisme.

2° L'anamnèse a pour but de découvrir ou de rechercher l'existence dans le passé d'accès qu'on pourrait suspecter de caractère épileptique.

Sous ce rapport les symptômes suivants sont d'une grande importance : convulsions dans l'enfance, accès de soubresauts nocturnes, somnambulisme et autres phénomènes reconnus par la science comme accès épileptiques ou épileptoïdes. Il faut particulièrement faire attention aux indices des accès qui se produisent la nuit ou pendant le sommeil.

3° Les symptômes intervallaires (caractère épileptique), les troubles élémentaires, psycho-cérébraux, les phénomènes de la dégénérescence épileptique sont de la plus grande importance.

4° La nature épileptique d'un accès psychique est indiquée :

1. Par le fait que l'accès se présente avec des symptômes à allures d'aura, comme c'est le cas dans les attaques épileptiques ordinaires ;

2. L'apparition brusque, la courte durée et la résolution subite avec des phénomènes qu'on rencontre ordinairement comme conséquence immédiate des accès vertigineux et classiques, notamment la stupeur ;

3. Par les traits caractéristiques suivants de l'accès lui-même : le caractère exclusif des délires et des hallucinations ou bien aussi la « nomenclature de Dieu », surtout quand elle se joint aux délires, ensuite le trouble grave de l'intelligence, la confusion à allure somnambulique, les phénomènes épisodiques de stupeur ;

4. Par le manque de souvenir pour les incidents de l'accès. Ainsi que Samt l'a démontré, ce souvenir peut exister immédiatement après la fin de l'accès, mais il disparaît ensuite ;

5. Par la comparaison des accès, en tant qu'ils présentent une parfaite ressemblance typique, ou du moins (il y a souvent des équivalents) quand on peut déceler le retour de certains accès semblables entre eux ;

6. Par les actes des malades pendant ces accès avec le degré de profonde rêverie de l'état crépusculaire, avec le pêle-mêle confus des conceptions, le caractère terrifiant des délires et des hallucinations qui remplissent la conscience ; les actes, du moins dans les formes du petit mal et du grand mal, peuvent manquer de tout motif, de but, d'égards, être brusques, bruyants, sans examen des moyens, souvent impulsifs, avec des explosions de rage aveugle et des fureurs destructives.

III. — Équivalents prolongés[1]

Chez les épileptiques il y a des accès de délire qui durent plusieurs semaines et même plusieurs mois et qui, par leurs caractères particuliers, indiquent nettement la base épileptique et trahissent leur caractère spécifique.

[1] Comparez Samt (*Op. cit.*), groupe II et IV, aliénation épileptique chronique prolongée.

Nous devons cette constatation à Samt qui, d'après les caractères spécifiques de l'aliénation épileptique, affirme avec certitude que la nature épileptique peut être prouvée même quand il n'y a aucun antécédent épileptique.

Samt reconnaît comme symptômes spécifiques de la folie épileptique : l'explosion brusque, la prédominance des états d'angoisse avec délires terrifiants ayant surtout pour sujet des dangers de mort et avec hallucinations du même genre ; pour les hallucinations il faut remarquer cette marche menaçante de peuples assemblés qui enveloppent le malade, apparition si fréquente chez les épileptiques, et en même temps l'intercalation épisodique du délire des grandeurs, surtout religieux (nomenclature de Dieu) ; ensuite une violente irritation, une lucidité relativement intacte avec un véritable état crépusculaire, la détente progressive de l'accès et les différents genres d'absence de mémoire pour les incidents qui se sont produits; ensuite une violence inexorable et excessive, la stupeur avec réaction caractéristique dans le langage et d'une intensité variable; enfin divers degrés de confusion, allant de la lucidité partielle à l'absurdité et à l'incohérence d'un côté, à la confusion illusoire et hallucinatoire à allures de delirium tremens de l'autre côté.

Les formes qu'on rencontre ici représentent pour la plupart des équivalents psychiques prolongés ou plus exactement des équivalents qui récidivent à plusieurs reprises et qui en même temps se prolongent. On pourrait les désigner aussi bien comme des états de folie épileptique. En faisant abstraction des cas dans lesquels les antécédents épileptiques n'ont pas été sûrement établis, réserve qui s'impose dans un manuel destiné aux étudiants, il y a dans la sphère de mes observations personnelles et en envisageant les choses comme nous venons de l'indiquer, des cas de petit mal et de grand mal, ainsi que des délires religieux et de la stupeur.

Comme caractères communs à ces états on peut citer : le trouble de l'intelligence (surtout de la perception), plus profond et plus durable que celui qu'on observe dans les psychoses ordinaires, ensuite la grande confusion des conceptions, les rémissions profondes allant jusqu'à des intermissions du délire, mais dans lesquelles s'intercalent alors ordinairement des états crépusculaires et de stupeur, de plus le souvenir très sommaire et même nul pour les incidents de l'accès, enfin l'explosion brusque de l'accès et sa résolution par un stade de crépuscule ou de stupeur.

Observation LXVI. *Délire postépileptique prolongé.* — Coriary, vingt-cinq ans, étudiant, a été reçu le 7 décembre 1881 à la clinique psychiatrique. Il est né d'une mère aliénée, s'est développé lentement; était très peu doué intellectuellement. A l'âge de quinze ans il fut frappé d'aliénation mentale et passa deux ans dans un asile d'aliénés. D'après la description qu'il donne de son cas, il s'agissait d'accès se renouvelant chaque mois, pendant quinze jours et ressemblant à ceux dont nous parlerons plus loin. Dans la période qui suivit son séjour à l'asile, il était bien portant, rangé et appliqué dans ses études. Dans la seconde quinzaine du mois de novembre 1881 il eut un érysipèle de la tête avec fièvre modérée. Le 4 décembre 1881 il fut pris d'une oppression étrange. Il alla à l'église et crut devoir rapporter à sa

personne quelques passages du sermon traitant de la mort et du péché; il rentra chez lui, pleurant, déprimé, bouleversé, pâle; il avait l'air fatigué et se plaignait d'un violent mal de tête. S'étant mis au lit, il vit toute la chambre soulevée en l'air avec lui. Il lui semblait que Dieu le prenait par les cheveux et l'enlevait. Il sentait la partie inférieure de son corps glacée; au-dessous de lui il voyait un abîme noir. De peur il se mit à réciter des prières; il sentait des animaux qui rongeaient son corps; il pria Dieu de ne pas le laisser tant souffrir. Alors il sentit qu'on le descendait de nouveau vers le sol et que les animaux étaient engloutis par l'abîme.

Le 5 au matin il alla au cours des étudiants. Alors il entendit une voix crier : « Que feras-tu, toi qui as souffert pour tant d'âmes (damnées) ? » Comme il pleurait et qu'il avait la mine toute bouleversée, on le fit rentrer chez lui. Arrivé à la maison il fut pris d'angoisse. Il prit son livre de prières, lut quelque passage ayant trait à la mort et eut la chair de poule.

Le 6 et le 7 il resta au lit, bouleversé, avec un mal de tête violent et sans pouvoir dormir. Lorsqu'il fut reçu à la clinique, il avait l'air profondément bouleversé, il était anxieux, confus, et se roulait par terre à cause de ses douleurs de tête. Pas de points douloureux spéciaux. Crâne régulier. Pas de fièvre. Rien du côté des organes végétatifs. Jusqu'au 18 décembre le malade n'a pas de sommeil, sauf quelques nuits où on lui a donné du chloral; profondément confus, troublé, à l'exception de quelques courts épisodes de lucidité relative de la conscience. Il chante souvent des cantiques, prie beaucoup en disant que cela le soulage et que le jour du jugement dernier est proche. Il raconte que des voix lui crient qu'il est un grand pécheur, qu'il entend de la musique. Il voit des diables, des esprits, des femmes nues, le Christ disant la messe, la Mort. Celle-ci l'a assommé. Il sent souvent des odeurs de sang, parfois aussi le parfum des roses et des violettes.

Le 18 décembre le malade a une figure dégagée, il n'a plus d'hallucinations, mais il reste encore dans un léger état crépusculaire. Il a un souvenir sommaire des incidents délirants qu'il vient de traverser; il raconte avoir vu l'enfer, un spectre sans tête, le ciel ouvert et divisé en trois compartiments, avoir entendu le chœur des anges, avoir senti tantôt des parfums agréables, tantôt des odeurs désagréables ; il a cru comparaître au jugement dernier et a eu une sensation délicieuse quand il fut classé parmi les justes. Il nie avoir des antécédents épileptiques. D'un autre côté on n'a pu malheureusement obtenir aucun renseignement sur lui.

A partir du 4 janvier 1882, il est moins lucide, déprimé, taciturne, et il émet l'avis qu'il aurait été perdu s'il n'avait pas tant prié.

Le 8 janvier au matin, on observe chez lui un accès épileptique géminé. Immédiatement après son intelligence est considérablement troublée et il se trouve dans un état tout à fait crépusculaire. Il se plaint lui-même d'être malade et d'avoir la tête confuse, de n'avoir pas dormi la nuit, d'avoir été pris de vertige quand il se levait pour uriner et d'être tombé même par terre une fois. Il avait entendu continuellement des grincements de dents, avait eu une sensation d'oppression comme si le jour du jugement dernier était arrivé. Le matin il a vu à la fenêtre un rideau jaune foncé, déchiré au milieu, comme le rideau du Temple qui s'est déchiré à la mort du Christ.

Au cours de la journée le malade devient de plus en plus troublé et bouleversé (6 grammes de bromure de potassium par jour). Le soir il est en plein délire, voit le ciel, l'enfer, le purgatoire, le rideau jaune couvert des larmes des décédés. Il est sans sommeil, anxieux, oppressé, chante des cantiques religieux, raconte, le 9 au matin, ses visions, les trompettes et les autres bruits, le parfum des violettes, les pressentiments de sa délivrance et de sa béatitude céleste. Dans la nuit du 9 au 10 il

voit Abraham, Isaac, Moïse, le Christ, Dieu le père. Ce fut une nuit terrible; il comparut devant le tribunal céleste; c'était le jour du jugement dernier, mais il fut compté parmi les justes. Malgré cela il est anxieux, oppressé, bouleversé, déclare d'un ton pleurnichard que c'est lui le Christ et prétend d'un ton irrité que ces maudites putains et les calotins l'ont déjà martyrisé à L...; il se met tout d'un coup à lier conversation avec la mort qu'il voit dans un coin. Irrité, délirant, confus, il se croit, l'après-midi, mis dans le Saint-Sépulcre; il montera au ciel aussitôt que le jugement dernier sera terminé.

Dans la nuit du 10 au 11 il n'a pas de sommeil, prêche, chante l'*Alleluia*, se proclame le Christ, dit la messe, se couche pendant quelque temps dans la position du crucifié, communique avec des anges qu'il embrasse, se bat avec des diables.

Au cours de la journée il déclare pathétiquement être le Christ, le seigneur de tous les empereurs et papes, être l'empereur de l'univers, prononce des arrêts, fait des sermons, annonce les Dix commandements de Dieu, chante des psaumes, prétend voir la mer Rouge et la mer Bleue.

Le 12 il a pour un moment repris un peu ses sens, il reconnaît les gens de son entourage, puis, après un mouvement spasmodique, il renverse la tête, ouvre la bouche toute large et dit : « Me voilà mort! » Le reste de la journée, il est comme dans un rêve délirant, tout à fait absorbé par des événements qui se passent en lui, se laisse souvent tomber par terre et reste couché alors dans la position du Christ crucifié. Entre temps il prêche, se donne comme le Christ, parle des Païens, des Chrétiens, des Turcs, de l'argent du sang qu'on a payé pour lui. Son grand-père est l'Ancien Testament; lui-même est le Nouveau Testament. Le christianisme passe entre les mains des Païens, il n'y a qu'un Dieu et Mahomet est son prophète. Le malade présente un trouble grave de l'intelligence, une irritabilité énorme; parfois il donne des coups de poing contre le plancher et prend les gens de son entourage pour des diables. Dans la nuit du 12 au 13, il n'a pas de sommeil, chante, prêche et souvent pousse des cris de colère.

Le 13 il se croit momentanément dans la maison des aliénés, ensuite dans le Saint-Sépulcre. Il est le prince héréditaire Rodolphe; les gens de l'entourage sont pris pour des empereurs et des apôtres. L'après-midi il prend l'attitude de quelqu'un qui prête serment, ensuite, profondément contrit, il voit devant lui le jugement dernier; tout repentant, il se jette par terre, glisse sur le ventre, se frappe de coups de poing la figure et la poitrine, crie : « Je n'ai jamais assassiné personne, j'ai folichonné — Maison des fous — je n'ai jamais été Dieu, ni empereur, ni Satan, je me suis fait passer pour le Christ; en effet c'est moi qui suis le Christ avec la couronne d'épines, car je n'ai jamais été faux monnayeur et je n'ai jamais volé 30 kreutzer. » Il n'a toujours pas de sommeil, contrit, profondément troublé, éprouve à plusieurs reprises les peines du jugement dernier, se cache en se fourrant dans sa paillasse qu'il prend parfois pour le Saint-Sépulcre, gémit désespérément, présente à l'occasion un accès de crampes cloniques. Après une bonne nuit, le 20, le malade se trouve passagèrement en rémission, mais il est très épuisé.

Le 22 un délire anxieux se déclare de nouveau; on le passe une fois de plus en jugement, des soldats tirent des coups de fusil sur lui, il voit une foule de diables, de décédés avec des drapeaux rouges, Dieu le père; les anges apportent du vin pour le réconforter, mais il lui est interdit de rien prendre.

Le 26 le délire s'atténue. La conscience s'éclaire un peu, mais il reste au degré crépusculaire, contrit, oppressé; il voit encore de temps en temps le jugement et des esprits.

Le 28, le malade se trouve de nouveau en exacerbation. Le délire présente un

mélange bigarré de situations terrifiantes et heureuses; ce sont les premières qui prédominent. Elles ont pour sujet des jugements, des tortures, le crucifiement, le sang et une guerre que le malade fait à côté de Radetzky contre les Italiens; ensuite il est pour un moment Satan, il parle des horreurs de l'enfer, comment on l'y a saigné et brûlé. Episodiquement il redevient empereur, le Christ, se retrouve dans le Saint-Sépulcre (enfoncé dans sa paillasse), prend le médecin pour le kronprinz et lui demande s'il voulait lui faire couper la tête; il a déjà été décapité sept fois. La nuit il voit guerre et sang, parle de cercueils et de morts. Comme réaction à ses délires très variés, il est tantôt contrit, anxieux, désespéré, gémissant de l'angoisse de la mort, tantôt en colère au point de devenir agressif, tantôt dans les délices, disant la messe et chantant des cantiques sacrés. Mais constamment il est irrité, la mine bouleversée, l'air sinistre, confus.

Le 18 février, il est pris de fièvre (40°,2) accompagnée d'un violent mal de tête. Aussitôt le délire cesse, le malade paraît à peu près lucide, mais le sensorium est particulièrement pris.

Le 19, accès épileptique. Les jours suivants, la température oscille entre 38°,4 et 39°8. Mal de tête violent, vomissements, rigidité musculaire, crainte de la lumière; diagnostic d'une méningite de la convexité de plus en plus net.

Le 22, à 4 heures du matin, série d'accès épileptiques; pendant l'un de ces accès, à 5 heures, le malade meurt avec des symptômes d'œdème pulmonaire. Résultat de l'autopsie : leptoméningite purulente diffuse, hyperémie cérébrale, pneumonie hypostatique gauche avec pleurésie commençante.

IV. — Psychoses épileptiques chroniques[1]

On observe chez les épileptiques, mais relativement rarement, des psychoses chroniques (Esquirol, Morel, Griesinger, Westphal, Gnauck et autres) qui d'ailleurs ne se distinguent en rien de celles dont l'origine est de nature non épileptique et qui par conséquent ne peuvent être considérées comme épileptiques. Toutefois il y a des faits qui montrent que sur la base de l'épilepsie se développent des psychoses ordinaires mais dont la marche et la symptomatologie sont modifiées par la base névrotique particulière.

Abstraction faite de la démence qui apparaît souvent à la suite de l'épilepsie et à laquelle Sommer, Bourneville et d'Olier reconnaissent des caractères particuliers, cela est vraisemblable pour certains cas d'aliénation périodique à forme de délire; ces dernières années j'ai observé des cas similaires à ceux que nous venons de décrire plus haut et dans lesquels on a pu établir avec certitude des antécédents épileptiques; d'ailleurs Pick aussi a publié un cas semblable (*Archiv f. Psych.*, XI, fasc. 1).

L'existence de la psychose épileptique est établie avec certitude dans l'observation de folie circulaire que nous faisons suivre. Les cas de psychoses épileptiques observés jusqu'ici paraissent appartenir exclusivement aux formes de la dégénérescence psychique.

[1] Gnauck, *Entwicklung der Geisteskrankheiten aus Epilepsie, Arch. f. Psych.*, XII, fasc. 2. — Magnan, *Arch. de Neurol.*, 1881, n° 1.

Observation LXVII. *Folie circulaire épileptique.* — Spess, trente ans, marié, propriétaire, reçu le 29 décembre 1873, est né d'un père ivrogne. Sa sœur était épileptique. Etant enfant, il eut des convulsions. A l'âge de huit ans, après avoir été un jour effrayé, apparurent des accès épileptiques, qui, à partir de ce moment, revinrent à des intervalles variant entre plusieurs mois et plusieurs semaines. Dans ces dernières années le malade s'est livré à la boisson ; les accès se sont accumulés. Il se produisit des états délirants qui nécessitèrent son internement dans un asile.

Le malade est défectueux, intellectuellement affaibli. Il trouve lui-même qu'il est malade de la tête ; il se sent toujours comme gris. Pas de maladies des organes végétatifs ; les bruits du cœur sont nets, le pouls à 72, lent. La figure et les extrémités sont légèrement cyanosées. Le crâne est de dimensions normales, cependant fort aplati à l'occiput. Les muscles de la lèvre supérieure et de la langue ont un tremblement.

L'observation fait constater que, à côté de ces accès épileptiques qui reviennent à des intervalles de quelques semaines et souvent d'une façon accumulée, le malade présente une alternance cyclique entre ces états d'exaltation et les états de dépression. Le trouble somnambuliforme de l'intelligence, la stupeur momentanée, les délires typiquement semblables et de nature religieuse (nomenclature de Dieu) avec de nombreuses hallucinations correspondantes, montrent nettement l'existence d'une folie épileptique. Les phases de dépression ont en moyenne une durée plus longue (1 à 23 jours) que les périodes d'exaltation (une demi-journée à dix jours). Parfois se produit pendant quelque temps une alternance journalière de ces états, parfois même les états alternent une à deux fois dans l'espace de vingt-quatre heures, mais c'est toujours la phase dépressive qui prédomine. Des intervalles véritablement lucides ne se produisent jamais; car dans les périodes qui reviennent tous les deux mois et pendant lesquelles le malade n'a pas de délire et n'est pas exalté ni déprimé, il paraît être dans un état pathologique, un état de conscience crépusculaire, avec grande irritabilité d'humeur et de la bigoterie. Parfois, après des états d'exaltation d'une durée prolongée et allant avec de l'insomnie, il y a pendant un ou deux jours un état d'épuisement et de stupeur. La phase dépressive de la folie circulaire épileptique commence ordinairement par un mal de tête, une lourdeur dans la tête, une plus grande irritabilité et de la morosité, une augmentation de la cyanose habituelle. Le malade devient bouleversé dans ses traits, déprimé, regarde fixement devant lui, parle à voix basse, les lèvres tremblantes, déclare être un grand pécheur ne prend qu'une quantité minime de nourriture.

L'intelligence est troublée, somnambuliforme. Le malade est agenouillé tantôt ici, tantôt là, égraine son chapelet en priant, demande régulièrement un coin de fer pour se détacher le pied, une cognée pour se couper les doigts afin de se réconcilier avec Dieu par ce sacrifice. Quelques cicatrices à la main gauche proviennent d'une tentative pour se mutiler lui-même. Souvent il déclare vouloir sacrifier un œil, si ce sacrifice est agréable à Dieu. Si on le trouble dans sa contrition, il réagit d'une manière hostile, donne des coups et mord son entourage. Dans cette phase dépressive il est toujours beaucoup plus cyanotique que d'habitude.

L'artère est contractée comme un fil de fer et reste dans cet état même après l'emploi de l'azotite d'amyle ; le pouls est lent, les extrémités et la figure sont froides, cyanotiques, les pupilles dilatées et à réaction paresseuse. Dans ce stade des hallucinations se produisent en foule : le malade voit des écrevisses, des serpents, des vaches, deux hommes grands et blancs, Dieu le Père avec un air menaçant, le diable qui se métamorphose devant ses yeux en divers animaux. A la fin des phases dépressives il y a des phénomènes d'exaltation (cris joyeux, chants, visions gaies) qui se manifestent pendant des heures. Le retour au stade d'exaltation est brusque; il

y a alors une atténuation considérable de la cyanose, le pouls devient plus plein et plus mou et en même temps plus fréquent. Souvent il y a aussi des phénomènes fluxionnaires vers le cerveau. La mine se ranime, le malade devient loquace, exprime sa joie de se sentir si dégagé dans la tête. Il se met à chanter, à danser, à jubiler. Il voit Dieu, de belles étoiles, une grande ville ; le ciel s'ouvre, il se voit transporté au paradis. Devant ses yeux ravis, Dieu prend la forme d'un grand poisson superbe et monte vers le ciel. Le Saint-Esprit lui apparaît sous la forme d'un garçon qui tient une tablette blanche dans ses mains. Il prend les gens de son entourage pour des anges, Dieu le père, le Christ ; tout est admirablement beau, brillant. Le bon Dieu lui apparaît brillant, sous mille couleurs, comme un poisson aux écailles reluisantes; des poissons d'or dansent devant ses yeux. Il n'a pas de sommeil, jubile, chante les louanges de la grâce et de la bonté de Dieu. Ses yeux brillent, sa mine exprime l'enthousiasme; l'état s'accentue momentanément jusqu'à l'extase. Le pouls reste lent, mais il est plus plein, l'artère est plus molle que dans le stade dépressif. Le bromure de potassium et les injections de morphine restent impuissants contre la folie circulaire. Le premier diminue la fréquence des accès épileptiques, c'est vrai, mais les injections restent sans aucune influence sur la marche et sur l'intensité de la folie cyclique. Le seul effet notable des accès épileptiques, c'est que la cyanose est accentuée pendant quelques jours toutes les fois que les attaques s'accumulent. Les accès ont pour la plupart la forme classique, mais parfois ils se bornent à un trèmblement et à un tiraillement général du corps sans que le malade perde complètement connaissance et sans qu'il se renverse par terre.

Le pronostic des accès d'aliénation isolés est favorable. Le pronostic total de l'épilepsie avec trouble mental est mauvais, et quand une fois la dégénérescence épileptique s'est déclarée, le pronostic est à peu près désespéré[1].

Quant aux bases anatomiques de l'épilepsie, il règne encore à ce sujet une grande obscurité. On a fait les constatations les plus variées. Il est probable que les troubles du développement cérébral, souvent congénitaux, puis le gliome de l'écorce cérébrale, mais surtout les encéphalites partielles en sont les causes fondamentales et qu'on doit rapporter à ces dernières la sclérose de la corne d'Ammon relevée particulièrement par Meynert (Hemkes, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34, p. 678). Sur la base anatomique des troubles psychiques de l'épilepsie on ne peut non plus qu'émettre des hypothèses, hypothèses d'après lesquelles les troubles vaso-moteurs seraient la cause fondamentale, puisqu'en général l'épilepsie paraît être une névrose vaso-motrice de l'organe central.

On rencontre parfois de l'atrophie cérébrale, des modifications de la dure-mère chez les individus qui ont été disséqués aux stades extrêmes de la dégénérescence épileptique, modifications qui expliquent en quelque sorte la décadence de la vie intellectuelle de ces malheureux.

La thérapeutique moderne de l'épilepsie et implicitement celle de la folie épileptique s'efforcent de réduire l'excitabilité morbide du cerveau et de rendre ainsi impassibles les centres atteints en face des excitations qui pourraient provoquer des accès.

[1] Cas de guérison, v. Kirn, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 26, fasc. 1 et 2. — Wiedemeister, *Ibid.*, 29, fasc. 5.

Parmi les meilleurs moyens qui sont actuellement à notre disposition, il faut citer les sels de brome[1].

Hughes Bennett (*Edinb. med. Journ.*, février 1881) a constaté les effets suivants avec le traitement bromuré : dans 12,1 p. 100 des cas il y eut suppression complète des accès, dans 83,3 p. 100 une atténuation considérable, dans 2,3 p. 100 pas de résultat, dans 2,3 p. 100 une augmentation des accès. Il est hors de doute que dans certains cas isolés des guérisons peuvent être obtenues par le traitement bromuré rationnel et poursuivi pendant plusieurs années.

Tous les sels de brome sont utilisables, mais il est particulièrement recommandé de les donner en combinaisons avec de l'eau saturée d'acide carbonique (eau bromurée d'Erlenmeyer). Ball recommande la combinaison des sels de brome avec l'extrait aqueux de belladone.

La dose quotidienne minima dont on peut attendre quelque succès serait de 6 grammes pour les épileptiques hommes adultes et de 4 grammes pour les épileptiques femmes adultes. Les solutions aqueuses sont les meilleures. Les doses quotidiennes répétées de 2 à 3 grammes, en solution étendue, sont préférables aux grosses doses, données plus rarement et préparées sous une forme concentrée. En partant de la dose initiale il faut augmenter lentement tout en observant l'action sur les accès et sur l'organisme. Dans la plupart des cas on devra rester au-dessous de 10 grammes. Si, pour une raison quelconque, on est obligé de renoncer à la thérapeutique bromurée, il ne faudra jamais l'interrompre brusquement, car autrement on peut s'attendre à une reproduction accumulée et intense des accès et même à l'apparition d'un status epilepticus menaçant la vie. On peut, sans préjudice pour l'organisme, continuer la thérapeutique bromurée à doses moyennes pendant des années. En présence de la folie transitoire, des équivalents prolongés et des psychoses chroniques des épileptiques, les antiépileptiques ayant fait leurs meilleures preuves restent sans aucun effet sur l'accès lui-même.

Tous les autres antiépileptiques (valériane, oxyde de zinc, nitrate d'argent) sont bien inférieurs à la thérapeutique bromurée.

Au point de vue du régime, les épileptiques doivent s'abstenir de café, de thé, d'alcool, de tabac. Une nourriture en grande partie végétale est souvent très salutaire.

Dans les cas d'accès épileptiques qui reviennent en s'accumulant et qui amènent le coma, des températures hyperpyrétiques et un péril pour la vie (status epilepticus), Krueg a, par des expériences faites sur des marsouins rendus épileptiques ainsi que sur des hommes, constaté l'effet favorable de l'hydrate de chloral (en lavement, mais aussi par voie sous-cutanée en solution à 1/20), constatation qui est d'accord avec celle de Wallis (*West. Rid. lunat. asyl. reports*, V, 1875).

[1] Otto, *Arch. f. Psych.*, V, fasc. 1. — Frigerio, *Inject. sous-cutanées de bromure de potassium*, Pesaro, 1876. — Stark, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 31.

CHAPITRE III

FOLIE HYSTÉRIQUE[1]

CARACTÈRE HYSTÉRIQUE. TROUBLES ÉLÉMENTAIRES PSYCHIQUES

Dans le tableau des symptômes de l'hystérie, si riche et si varié, les anomalies psychiques sont constantes, bien que chez la majorité de ces malades elles ne se rencontrent que sous forme de troubles élémentaires (caractère hystérique).

Les phénomènes fondamentaux sont le manque d'équilibre des fonctions psychiques, la susceptibilité énorme et l'intensité extraordinaire de la réaction psychique, ainsi que le changement rapide des excitations (faiblesse irritable). Au premier plan se trouvent les anomalies psychiques. Les malades sont très sensibles aux excitations psychiques intérieures et extérieures. A l'acmé de la maladie, les sensations ne consistent plus en états d'humeur, mais uniquement en émotions (hyperesthésie psychique). Comme les processus psychiques sont pour la plupart annotés par des sensations de déplaisir, l'humeur et les émotions sont le plus souvent dépressives; mais, par suite du changement brusque des conceptions et à cause de la grande émotivité, l'humeur n'est pas stable; c'est une transformation bigarrée des sentiments, des affections qui souvent se manifeste par un revirement brusque, un passage des pleurs au rire. Les conceptions vivement annotées amènent des idées qui changent continuellement, et c'est ce qui fait paraître les malades comme des êtres capricieux, changeants dans leurs sympathies et leurs antipathies pour les personnes et les choses. Les désirs peuvent être très violents (convoitises), et de même des répugnances. Comme les sentiments pervers sont possibles, il se produit des idiosyncrasies. Par suite de la prédominance des impressions douloureuses physiques et du grand nombre des sensations douloureuses, ces malades souffrent beaucoup. Ils deviennent par suite égoïstes, insensibles aux

[1] Moreau. l'*Union méd.*, 1865, 69 à 102. — Falret, *Ann. méd. psych.*, mai 1866. — Brosius, *Irrenfreund*, 1866, 7. — Wunderlich, *Pathol.*, 1854, p. 1490. — Morel, *Traité de la méd. légale des aliénés.* — Briquet, *De l'hystérie.* — V. Krafft, *Friedreichs Blätter*, 1872, fasc. 1. — Jolly, *Ziemssen's Handb.*, XII, p. 451.

souffrances d'autrui. Préoccupés de leur propre salut et de leur mal, leurs sentiments éthiques et sociaux s'émoussent, ils deviennent indifférents à leurs devoirs ainsi qu'au bien de leur famille. Le monde extérieur restant de plus en plus froid à leurs plaintes continuelles, ils en arrivent à exagérer leurs souffrances, à simuler pour éveiller à tout prix l'intérêt (avalent des aiguilles, stigmatisation, blessures portées contre eux-mêmes, attentats simulés, etc.); et, dans ces efforts, leur imagination, morbidement accentuée, leur rend de bons services; leur moralité altérée ne recule devant aucune duperie, aucun mensonge. Ils ont des émotions violentes, quand ils ne réussissent pas dans leurs efforts à éveiller la commisération et qu'ils se voient abandonnés et oubliés. Alors leur méchanceté et leur rancune ne connaissent plus de bornes. Comme troubles élémentaires de la conception, il y a tantôt accélération, tantôt ralentissement, parfois aussi du décousu dans la marche des idées. L'impressionnabilité émotive et intellectuelle du malade amène facilement des représentations obsédantes. L'infidélité de la reproduction, combinée avec leur imagination exaltée, fausse les souvenirs et les fait passer pour des menteurs. A l'occasion, notamment à l'époque des règles et à l'acmé des émotions, des délires primordiaux de la persécution peuvent surgir.

Souvent la sphère sexuelle aussi est morbidement affectée. La sensation sexuelle peut être accentuée jusqu'aux sensations voluptueuses (même des hallucinations de coït : incubes, succubes du moyen âge) et se manifeste par les actes les plus étranges (se promener nu, manie de s'oindre avec des cosmétiques douteux, même avec de l'urine). Par moments, il peut exister une frigidité générale ou seulement comme idiosyncrasie pour le mari ou pour l'amant; souvent aussi on rencontre temporairement des sentiments sexuels pervers avec des impulsions correspondantes ou encore avec des phénomènes équivalents d'exaltation religieuse. La sphère vasomotrice qui est probablement toujours en jeu, donne souvent lieu à des accès d'angoisse et surtout d'angoisse précordiale.

L'imagination de ces malades atteint généralement une vivacité morbide, de sorte qu'une image mentale très vive devient facilement une hallucination; ou du moins les malades ne peuvent plus discerner leurs imaginations de la réalité. Souvent il y a aussi des hallucinations qui surgissent spontanément; elles se produisent presque exclusivement dans la sphère du sens de la vue. Leur nature est généralement désagréable (crânes, spectres, bêtes fantastiques, parents décédés, etc.). Les illusions de la vue (traits défigurés des gens de l'entourage, les personnes paraissent plus petites ou plus grandes, etc.), ainsi que celles du sens cutané (serpents, crapauds, mouches dans le lit ou sur la peau), ne sont pas moins fréquentes et proviennent probablement d'une fausse interprétation de sensations réellement éprouvées.

Le domaine du libre arbitre paraît dans tous les cas diminué par la faiblesse morale et la faiblesse de la volonté, par le caractère passager et superficiel des conceptions, par le changement du mode de sensation, quant à sa nature et à sa forme, par des représentations obsédantes; le malade

n'est souvent que le jouet de ses caprices, de ses convoitises, de ses impulsions et de ses fantaisies. Ainsi il peut arriver qu'il néglige ses devoirs les plus importants, blesse les sentiments les plus sacrés, guidé par des imaginations et les motifs les plus absurdes.

Sur cette base psychonévrotique, plus ou moins dégénérative, il se développe naturellement des états d'aliénation peu prononcés. La grande émotivité, la facilité d'excitation de la sphère des sens et des conceptions, ainsi que le manque d'équilibre des fonctions vaso-motrices, y prédisposent particulièrement. Avec le caractère « hystérique », avec tous ces troubles des fonctions sensitives, motrices, vaso-motrices, sexuelles et autres qui appartiennent au tableau général de l'hystérie et qui trouvent une utilisation fréquente et illimitée dans la formation des délires, des formes psychiques se manifestent dont l'origine indique immédiatement la névrose hystérique, et qui pour cette raison doivent figurer sous le nom d'aliénation hystérique dans la pathologie spéciale.

De même que dans la folie épileptique les formes de la folie hystérique se divisent :

1° En états d'aliénation transitoire ; 2° en états délirants prolongés analogues aux équivalents psychiques prolongés ; 3° en psychoses hystériques.

I. — États d'aliénation transitoire[1]

Ils peuvent apparaître comme conséquence immédiate des accès convulsifs hystériques, se substituer à ces derniers, ou comme une affection autonome.

Leur forme clinique est très variable, étant donné le caractère protéiforme de la névrose. L'observation rencontre avec une fréquence toute particulière des états d'émotion pathologique, le raptus mélancolique, la manie suraiguë avec idées délirantes érotiques et religieuses, le somnambulisme, le délire extatique, hallucinatoire de nature religieuse, érotique ou terrifiante, souvent démonomaniaque.

La conscience se trouve ici dans un profond état de rêverie, le souvenir manque ou n'est que sommaire.

Comme phénomènes prodromiques, on constate : sensation de boule, anxiété, humeur déprimée, émotivité accentuée, myodynies à l'épigastre.

Les causes occasionnelles sont dans ce cas : des impressions psychiques, la recrudescence de névralgies, ainsi que les processus de la menstruation.

Ces phénomènes psychopathiques transitoires durent des heures et quelquefois même des jours. Ils sont souvent compliqués par des phénomènes de spasme tonique et clonique qui, de leur côté, peuvent se présenter comme des phénomènes hystériques, hystéro-épileptiques, cataleptiques ou avec les allures d'une chorée.

[1] Comparez l'ouvrage *Transitor. Störungen d. Selbstbewusstseins*, p. 63, de l'auteur du présent volume. — Briquet, *Op. cit.*, p. 428. — Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 672. — Wunderlich, *Pathol.*, 1854, p. 1490.

Comme variétés cliniques remarquables on a :

α). Comme analogues au petit mal des épileptiques, de *violents états d'angoisse avec conscience obnubilée*. Les malades se trouvent dans une angoisse mortelle, vagabondent, envisagent les gens de leur entourage sous un aspect terrifiant et se défendent désespérément contre eux. Épisodiquement des hallucinations peuvent faire leur apparition : figures diaboliques, chiens qui aboient après le malade, mains glacées qui veulent le saisir, etc. Le souvenir est sommaire.

β). Des *délires hystéro-épileptiques* analogues au grand mal des épileptiques. Ici la conscience est supprimée. Le souvenir manque après l'accès. Le fond du délire est toujours constitué par un événement terrifiant (viol, injures, etc.), qui a originairement causé l'explosion de la maladie, qui se reproduit sous forme hallucinatoire et souvent avec une forme allégorique dramatisée.

Les malades réagissent contre ces hallucinations par une lutte et une défense désespérées, ragent, se débattent, poussent des cris. En même temps il y a des phénomènes hystéro-épileptiques à allures choréiques. Comme variante clinique souvent observée dans les épidémies, il se produit des délires démonomaniaques.

γ). *États extatiques, visionnaires,* analogues à ceux des épileptiques.

Les malades se trouvent dans un profond état de rêve, avec une grande accentuation de la vie des sentiments allant jusqu'à l'extase. Sur cette base se produisent des délires (union mystique avec Dieu et visions célestes). Les malades voient le ciel ouvert, se mettent à prêcher avec enthousiasme, parlent en langues étrangères, prophétisent etc. Passagèrement ils peuvent arriver aux états cataleptiques. Le souvenir n'est que sommaire.

δ). Des *états à allures de moria* et qui précèdent de plusieurs heures l'accès hystérique convulsif, en se manifestant par des chants, des rires, des danses, de la manie à collectionner, des cris, etc. Dans les cas de mon observation personnelle il y avait amnésie pour tout ce qui s'était passé pendant l'accès.

ε). *États crépusculaires* avec tendance à la reproduction obsédante de choses vues ou lues. Le sujet de ce délire logorrhéique concerne de préférence les événements du passé le plus récent, consiste dans une simple reproduction loquace des faits journaliers, mais avec un état somnambulique de la conscience et avec un souvenir qui n'est que très sommaire.

Observation LXVIII. *Hystérisme. États d'exaltation à forme d'extase avec états d'anxiété délirante.* — Fruhwirth, vingt-sept ans, non mariée, bonne, est née d'un père ivrogne et d'une mère sujette à la migraine. Plusieurs frères et sœurs morts en bas âge et en présentant des symptômes de convulsions. Dans sa première jeunesse, la malade a failli devenir aveugle par suite d'ophtalmie. Elle était névropathe, très bien douée ; son imagination était très vive. Depuis des années, elle vivait dans une situation très gênée ; il y a quelques mois, elle tomba malade d'hystérie. Depuis trois semaines, elle présente, avec la boule hystérique et le clou hystérique, d'autres malaises hystériques, puis des états de délire, tantôt d'exaltation, tantôt

de dépression. Les premiers vont avec un sentiment d'allègement et de soulagement. La sphère sensorielle est tellement excitée que la malade voit tout ce qu'elle pense avec de vives couleurs devant elle, comme si c'était des réalités. En même temps, les images mentales changent avec une vivacité et une rapidité vraiment surprenantes. La malade, une simple fille de la campagne, à demi aveugle, ressemble à une sorte de Pythie, quand elle se trouve dans ces états. Sa figure est transfigurée, ses gestes et ses mouvements deviennent gracieux. Devant les yeux de son esprit passent des scènes superbes. Le « prince des poètes, Schiller, mort il y a tant d'années », lui apparaît en personne et cause avec elle. Il lui récite ses poésies. Alors elle se met, elle aussi, à composer des poésies, et elle récite et improvise couramment en vers ce qu'elle a lu, ce qu'elle a vu, ce qu'elle a pensé. Enfin, fatiguée, épuisée, avec un mal de tête et de l'oppression épigastrique, elle reprend connaissance du monde réel, ne gardant de son état d'exaltation qu'un souvenir sommaire.

Avant ou après les accès hystéro-épileptiques, il y a parfois des états de délire anxieux pendant lesquels sa conscience est voilée, et elle se trouve en proie à une vive angoisse précordiale; des fantômes qui lui prédisent des malheurs, des cortèges de spectres, des caravanes de bêtes monstrueuses défilent devant elle. Alors elle se sent infiniment malheureuse, vouée à la mort; on la serre à la gorge; elle voit ses propres obsèques, et essaie, tourmentée par une terreur indicible, de s'étrangler; elle se démène, inquiète, et comme prise d'un cauchemar. Ordinairement, un accès hystéro-épileptique clôt cette scène, dont elle sort très malheureuse, profondément épuisée, avec sensation de boule et miction spasmodique. Dans les intervalles, malaises hystériques nombreux.

Observation LXIX. *Etats d'exaltation hystérique avec reproduction obsédante et facilitée.* — W..., fille de fonctionnaire, seize ans, née d'un père enclin aux colères violentes et d'un caractère anormal. L'enfance et la puberté se sont passées sans phénomènes dignes d'être relevés.

Il y a quelques mois la famille eut des embarras financiers. La malade eut beaucoup de chagrin, se nourrissant insuffisamment et se surmenant à des ouvrages de couture. Elle commença à devenir maladive, à mal dormir; elle se plaignait d'être exténuée, d'avoir des agitations nerveuses, des palpitations de cœur.

Le 19 janvier 1878, peu de temps après la menstruation et après une insomnie de plusieurs jours et de l'agitation nerveuse, un accès de délire hallucinatoire se produisit qui se répéta le 20, de 9 heures du matin à 2 heures de l'après-midi et de 4 heures jusqu'à 5 heures et demie. Comme prodromes immédiats, se produisaient : une sensation d'oppression au cœur avec de l'angoisse, de la fluxion vers la tête et du vertige. Le 10 février, les accès revenaient de nouveau et cette fois aussi consécutivement aux règles. Ils débutèrent par une sensation de raideur au bras, sensation qui se répandit sur tout le corps; ensuite il y eut une violente congestion à la tête, du vertige, de l'obnubilation de la conscience, de légères convulsions dans les extrémités et des hallucinations. La malade entendait sonner des cloches, gazouiller des oiseaux; elle voyait du feu. Pendant que les convulsions musculaires augmentaient et que la malade remuait sans cesse, un état particulier d'exaltation se produisait avec reproduction obsédante et facilité des choses entendues, vécues et lues. L'accentuation de la mémoire était si grande que la malade était capable de redire sans hésitation une poésie de deux pages qu'elle avait lue peu de temps avant. Ces accès duraient plusieurs heures et revenaient encore deux fois les jours suivants. Depuis, la malade resta nerveuse, très agitée, sujette aux fluxions, très sensible à la lumière et au bruit, l'imagination si exaltée que, lorsqu'elle lisait quelque chose, elle ne pouvait plus discerner entre les choses lues et la

réalité; la lecture des romans très suggestifs la mettait dans un état extatique et cataleptique particulier, pendant lequel elle ne recueillait du monde extérieur que des impressions confuses et se trouvait dans un état crépusculaire somnambuliforme avec rigidité musculaire générale.

La malade est de taille moyenne, délicate, parfaitement développée; expression névropathique de la figure; yeux vagues. L'utérus est vierge, légèrement hypertrophié, incliné à droite. Dans la période suivante elle eut fréquemment des palpitations de cœur; innervation vaso-motrice instable; pouls très variable dans sa fréquence; elle rougissait avec une facilité anormale; fréquents soubresauts d'épouvante pendant la nuit; une fois, accès de syncope précédé d'un spasme vasculaire. Le bromure de potassium, l'hydrothérapie et le régime tonique ont agi favorablement. Les états d'exaltation et les phénomènes spasmodiques ne se sont plus reproduits.

Observation LXX. *Névralgie traumatique provoquant l'hystérisme, avec accès de crampe hystéro-épileptique à allures de chorée magna et accompagnés de délire hallucinatoire terrifiant.* — Elise Horstig, fille de paysan, sans tare héréditaire ni aucune prédisposition, vingt-trois ans, a été, le 4 avril 1861, brutalisée; un voisin lui a asséné plusieurs coups de poings violents sur la région du vertex gauche. Elle tomba par terre, mais se releva bientôt avec du vertige et du mal de tête; se sentant affectée, agitée, elle dut se mettre au lit. A l'endroit du trauma, où il n'y avait d'ailleurs aucune trace des coups, se développa une névralgie cervico-occipitale très douloureuse. En même temps inquiétude nerveuse, agitation, léger mouvement fébrile, vertige et sommeil agité. Ces symptômes s'étant d'abord graduellement accentués, il se produisit à partir du 16 avril presque journellement des accès de crampe en partie tonique, en partie clonique, avec obnubilation de l'intelligence d'abord et ensuite avec une complète disparition de la conscience. Ces accès avaient un caractère polymorphe et nettement hystérique; ils étaient toujours précédés par une recrudescence de la névralgie. A l'automne les accès disparurent; mais alors, d'après la déposition du médecin qui l'a traitée, il se produisit une confusion épisodique des conceptions, du délire religieux, des états extatiques, des états de coma. Dans les intervalles elle avait de la névralgie occipitale, de grands changements d'humeur sans motif. Après une rémission, pendant l'été de 1862, une exacerbation se déclara avec modification du tableau de la maladie, car alors apparurent des états à allures de grande chorée avec délire et hallucinations qui avaient pour sujet la brutalisation subie, cause première. Dans ces accès qui allaient de pair avec un trouble profond de l'intelligence, qui laissaient derrière eux une amnésie complète et qui revenaient environ tous les quinze jours, la malade commettait une série d'actes tout à fait confus, courant à tort et à travers, se méprenait sur les gens dans un sens hostile et devenait violente.

Lors de sa réception, au mois de mars 1864, la malade ne présente somatiquement rien qui puisse être remarqué, sauf une névralgie violente du nerf occipital gauche dont toutes les branches réagissent très douloureusement à la pression. Son état d'esprit était triste, douloureux, en général sous la dépendance du degré d'intensité de la névralgie. Ses pensées portaient toujours sur sa triste situation et sur la cause de ses souffrances. Elle avait un grand besoin de provoquer l'intérêt et la commisération, était toujours prête à se plaindre quand elle s'apercevait que passagèrement elle était moins l'objet de l'attention médicale. Les moindres excitations psychiques ou somatiques étaient capables d'amener une exacerbation de la névralgie, et alors il n'y avait qu'un pas à faire pour l'apparition des accès en partie spasmodiques, en partie délirants.

Au milieu de douleurs croissantes dans la région névralgique, avec irradiation au trijumeau et aux nerfs cervicaux, il se produisait une sensation de boule, une inquiétude et une anxiété croissantes, une paralysie vasculaire dans la région du trajet des nerfs affectés, un mouvement spasmodique des yeux et du strabisme. Alors l'intelligence se troublait, et la malade elle-même sentait comme un remue-ménage et une confusion dans ses pensées. Elle se mettait à parler en phrases détachées, à se méprendre sur les gens de l'entourage, et aux paroles qu'on lui adressait elle ne faisait que des réponses brusques et confuses. La conscience s'éteignait enfin complètement, la figure se convulsait. Elle avait tout d'un coup la vision de l'homme qui l'avait frappée ; il la poursuivait, il menaçait de la battre encore une fois ; elle sentait les coups (perception des douleurs névralgiques). Alors s'engageait une lutte désespérée avec l'être imaginaire, lutte dans laquelle elle déployait une force et une habileté extraordinaires, sautant même par-dessus les meubles et les lits. Elle entendait cet être imaginaire qui l'injuriait, la raillait, la menaçait, et elle lui rendait ses injures. Enfin les actes musculaires voulus prenaient le caractère d'actes à allures choréiques ; mais parfois, au lieu de ces derniers ou consécutivement, des crampes toniques et cloniques se produisaient.

Le délire survivait à l'accès pendant vingt à trente minutes, pour passer ensuite à un état de stupeur dont la malade sortait épuisée, gardant encore longtemps son intelligence troublée avec une douleur violente, et sans avoir connaissance de ce qui venait de se passer.

Des injections de morphine loco dolenti et la faradisation cutanée énergique de la zone névralgique ont fait disparaître presque complètement la névralgie, les accès et les anomalies d'humeur ; mais, au mois d'août 1865, une névralgie intercostale se déclara et prit alors le rôle joué autrefois par la névralgie occipitale ; avec les injections de morphine (jusqu'à 0gr,3 par jour), la névralgie secondaire disparut peu à peu et avec elle les autres symptômes.

Au mois de janvier 1866, on a pu renvoyer la malade, considérablement améliorée. On dit que, rentrée chez elle, elle a complètement recouvré la santé.

Observation LXXI. — *Hystérisme après viol. Accès de délire hystéro-épileptique terrifiant, hallucinatoire.* — Louise L..., dix-huit ans, bonne, sans prédisposition héréditaire aux maladies nerveuses, autrefois bien portante, non encore menstruée, a été, à l'âge de quatorze ans, victime d'un attentat de la part de son père adoptif. Quand elle se fut remise de sa première peur, elle se sentit mal à son aise. Il lui sembla qu'elle était sur le point de devenir très malade. Elle se plaignait d'être lasse, se sentait incapable de travailler. Un mal de tête et une pression douloureuse à la région cardiaque s'y ajoutèrent. Réception à l'hôpital des Enfants, à Strasbourg. Elle fut renvoyée guérie au bout de quelques semaines.

L'amélioration de son état ne dura point. Le trouble indéfinissable du système nerveux central qui originairement avait été produit par le choc psychique, se développa et devint un état hystérique (vagues douleurs névralgiques, notamment dans les régions intercostales, myodynies, sensations de boule) ; avec l'exacerbation de ces symptômes l'état psychique se déprimait et une irritabilité considérable se produisit. Avec le temps il se produisit des accès de crampes cloniques partielles avec perte de la conscience. A l'âge de dix-sept ans, hystéro-épilepsie (crampes cloniques générales avec perte de la conscience) ; à l'âge de dix-sept ans neuf mois, des troubles psychiques s'ajoutèrent au tableau de la maladie. Elle avait de grands changements d'humeur sans motif. Aux états de dépression psychique s'ajouta de l'angoisse précordiale à l'acmé de laquelle le tædium vitæ et des instincts destructifs se manifestaient. Alors elle déchirait ses vêtements, demandait un couteau pour se

suicider, voulait se noyer et fit un jour une tentative de suicide. Au cours de cet état elle avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; cela parlait dans sa tête; elle entendait des voix qui lui disaient qu'elle aurait un enfant; puis ce furent des visions de son père adoptif qui essayait de renouveler son attentat. En même temps elle se plaignait de ce qu'elle avait beaucoup de difficultés à penser, qu'elle manquait de mémoire, qu'elle avait de la confusion dans la tête. Lors de sa réception à l'asile, au commencement du mois d'octobre 1872, elle avait de l'hyperesthésie générale qui se manifestait par des névralgies et des myodynies nombreuses; en même temps phénomènes de sensibilité abaissée (fourmillement partant du cou et allant jusqu'au bout des doigts), augmentation de l'excitabilité réflexe cérébrale et spinale (convulsions réflexes quand on touchait certains points névralgiques et allant jusqu'au tremblement et tressaillement général), changements d'humeur sans motif, sensations de confusion dans la tête, fixation obsédante de certaines sphères d'idées ayant trait à sa maladie, hallucinations auditives et visuelles. Parfois des accès de délire dont la durée varie entre une demi-heure et deux heures, se produisent et sont toujours provoqués par la vision de son père adoptif qui veut répéter son ignoble attentat. Des phénomènes d'excitabilité réflexe augmentée (convulsions partielles, tressaillement au moindre bruit) précèdent. Les accès se présentent comme un délire hallucinatoire qui a pour sujet la tentative de stupre et la défense contre cette tentative. La conscience est supprimée. La malade fait un soubresaut, se débat désespérément; les mouvements sont coordonnés; parfois des crampes réflexes (convulsions toniques et cloniques) ont lieu à la fin, avec un mouvement spasmodique des globes oculaires et des grincements de dents. Après cet accès durant une demi-heure à deux heures, la malade revient à elle avec un mal de tête sourd, du vertige, une grande dépression, avec des myodynies tourmentantes, une grande irritabilité d'humeur, une amnésie complète pour toute la durée de l'accès.

Pendant la période d'observation qui suivit et qui dura plusieurs mois aucun changement ne s'est produit pouvant donner lieu à un pronostic défavorable.

II. — Délires hystériques prolongés

Les délires dus aux hallucinations qui produisent un trouble général de l'intelligence et ne systématisent pas ne sont pas rares chez les hystériques, bien qu'il arrive parfois que des délires isolés soient reliés les uns avec les autres et que des sensations (hystériques) soient interprétées dans un sens allégorique.

On pourrait appeler cet état pathologique folie hystérique hallucinatoire. Certains cas pourraient être considérés comme des accès prolongés ou plusieurs fois répétés de l'aliénation transitoire que nous venons de décrire et mis en analogie avec les faits qui se produisent chez les épileptiques, car le petit mal et le grand mal, le délire extatique visionnaire à base hystérique se compliquant ou alternant, constituent le tableau de la maladie. Ces délires hystériques prolongés se déclarent d'une manière aiguë, ont une résolution brusque, durent pendant des semaines et même des mois; ils ont une marche exacerbante, rémittente, très prononcée, avec phases de lucidité relative, allant toujours pendant les exacerbations avec un trouble considérable de l'intelligence, trouble qui se manifeste sous

forme de confusion, d'état crépusculaire et qui peut aller jusqu'aux états d'extase et de stupeur. Ce n'est que rarement que ces délires hystériques naissent au milieu des accès hystériques graves, et ce n'est que rarement qu'ils se montrent pendant leur cours. Au contraire ce sont dans les cas légers d'hystérie qu'ils se produisent, et, sauf quelques convulsions accidentelles, je n'ai jamais observé de phénomènes moteurs graves au cours du délire.

Le délire hystérique prolongé est basé sur un épuisement temporaire. Il se développe consécutivement et conjointement à une menstruation profuse, ensuite dans le puerpérium, et avec une fréquence particulière à la ménopause. Les émotions semblent hâter son explosion. Il récidive facilement, mais dans les dix-huit cas de mon observation personnelle il s'est toujours terminé par la guérison.

Le délire présente un mélange très variable des délires primordiaux (de persécution, de culpabilité, délires sexuels et religieux). Le plus souvent on y rencontre le délire de la persécution avec une angoisse réactive souvent très violente, ensuite le délire religieux et érotique. Les hallucinations de tous les sens ne sont pas rares. Les plus fréquentes et les plus importantes sont dans tous les cas les illusions de la vue, de l'odorat et du toucher. Les hallucinations visuelles ont très souvent pour objet des animaux, des cortèges de cadavres, des processions fantastiques dans lesquelles fourmillent pour ainsi dire les morts, les diables, les fantômes, etc. Les illusions consistent en métamorphoses continuelles que subissent la figure et le corps des personnes de l'entourage (masques horribles, formes d'animaux, changements de couleur, etc.). Les illusions auditives sont simplement des bruits (cris, vacarme, détonations) ou de véritables hallucinations souvent de nature sexuelle (propositions de mariage, accusations obscènes, accusations d'infanticide, etc.). Dans les illusions olfactives il s'agit d'odeurs de soufre, de tabac; il est rare qu'elles aient un caractère agréable (encens, parfum des roses, etc.).

L'interprétation de cet état morbide comme état hystéropathique est basée sur ce que les hallucinations visuelles ainsi que les illusions ont un caractère particulier, que les délires sexuels se manifestent fréquemment, que les sensations et les malaises hystériques qui se produisent trouvent souvent une application allégorique dans la conscience troublée, et enfin sur les phénomènes épisodiques de convulsions, de spasmes, de pleurs et de rire, d'extase, etc.

Quant au traitement, il suffira de rappeler les formes de la folie hallucinatoire.

Observation LXXII. *Délire hystérique hallucinatoire prolongé.* — Mlle R..., vingt-cinq ans, née d'une famille tarée. C'était une enfant délicate, bien douée, très émotive et portée à la colère; jeune fille, elle était romanesque, excentrique, idéaliste, et tombait, à partir de l'âge de vingt ans, juste aux extrêmes. De tout temps elle fut très émotive, réagissait aux émotions par de la fièvre et des hallucinations. En 1875, elle eut la diphtérie, et à partir de ce moment elle devint et resta neurasthénique. L'état neurasthénique s'accentua pendant l'hiver, à la suite d'émotions causées par

des décès dans sa famille et par la maladie de son père; bientôt de l'irritation spinale s'y ajouta. Au commencement du mois de mars, la malade glissa sur le plancher, tomba sur le dos sans se faire de mal, mais cette chute l'effraya fort.

Cet accident donna lieu au développement de l'hystérisme. Elle fut prise de maux de tête, de douleurs dans le dos, d'hyperesthésie optique; elle voyait des étincelles, des flammes, sentait des chocs électriques qui du dos allaient jusque dans la tête, elle avait des spasmes, des cris, des accès d'angoisse. Au mois de juillet, une hyperesthésie cutanée générale se produisit; il suffisait de mouiller le tégument cutané pour provoquer des maux de cœur, une pression à la tête et des crises de pleurs. Alors, elle avait en outre des sensations de chaud et de froid et la sensation que sa colonne vertébrale était desséchée et que du sable se trouvait entre ses côtes. Au mois de juillet, passagèrement, spasmes cloniques et convulsions; aphasie. Elle voyait tout en vert, en jaune, les figures des gens contusionnées et de différentes couleurs, les objets des chambres obliques ou allongés. Le sommeil faisait défaut depuis le commencement du mois de juin; a été amené à l'aide du chloral par le médecin de la famille, de sorte que la malade était complètement œdématiée quand je l'ai mise en traitement.

Vers le 20 juillet, des hallucinations de tous les sens firent leur apparition et en même temps un état délirant qui nécessita l'internement de la malade dans un asile d'aliénés. Elle prétendait être magnétisée, enceinte; elle voyait des araignées, des mouches, des serpents, entendait des accusations sexuelles, éprouvait de mauvaises odeurs, déclarait qu'elle était un crapaud, que la garde-malade était le Juif-Errant, prétendait que sa tête et son cerveau étaient dédoublés, que sa salive s'échappait du cerveau, qu'elle était syphilitique, et demandait à être fusillée et enterrée.

Sauf une anémie très accentuée, l'œdème de la figure et une grande maigreur, on n'a pu faire aucune constatation somatique lors de son entrée à l'asile. Elle est très confuse, complètement désorientée par les illusions des sens et ne se rend pas compte de sa situation. Le médecin est pour elle un roi appelé Jean, les gardes-malades sont des princesses. Elle prend le médecin pour son mari, prépare le lit conjugal et se déshabille. Elle entend son prétendu mari crier au secours dans la cave, elle apprend que ses sœurs l'empoisonnent; elle veut se couper le nez parce que les voix lui disent que c'est le moyen de se sauver; dans sa nourriture et dans son lit elle voit des vers. Ils rampent en sortant de ses orteils. Elle entend des voix nombreuses qui continuellement contrecarrent la marche de ses idées, qui l'interrompent, la troublent et la poussent à des actes insensés, comme de manger des araignées et des asticots. Par moment, mauvais goût d'encre dans la bouche, odeurs de cadavres d'animaux, visions de morts et de bêtes monstrueuses.

A l'époque de la menstruation, ce sont les délires sexuels de viol, les accusations infâmes et les mauvaises odeurs qui prédominent. En même temps, il y a des paralgies et des myodynies nombreuses, de la névralgie intercostale, la sensation qu'on lui fend la tête et qu'on verse de l'eau dans son cerveau. Tout cela lui aurait été fait par l'électricité et le magnétisme.

Grâce à une bonne nourriture, à de bons soins, à l'application du fer, du bromure de potassium jusqu'à 6 grammes par jour et aux injections de morphine, l'état s'améliore au cours du mois de novembre, physiquement aussi bien qu'intellectuellement. Les symptômes hystériques et les hallucinations deviennent plus rares. La conscience s'éclaire. Fin décembre, à l'époque des règles, il y a exacerbation; de nouveau la malade entend des voix parlant de choses sexuelles et dans un sens de persécution. Elles lui disent qu'elle doit se faire religieuse, sauver ainsi ses sœurs,

qu'elle restera enfermée ici durant sa vie. Sur l'ordre d'une voix, elle saute par la fenêtre du rez-de-chaussée, sans se faire de mal d'ailleurs.

L'état s'améliore lentement au cours du mois de janvier. La malade est encore épuisée intellectuellement, mais, depuis le mois de février, elle n'a pas de délire ni d'hallucinations. Elle entre en convalescence; la famille la reprend et elle se rétablit complètement au cours de l'été, à quelques légers malaises hystériques près.

III. — Psychoses hystériques

Les états morbides que nous étudions ici peuvent être assez distinctement séparés en deux groupes, suivant qu'ils se produisent sur la base d'une simple névrose hystérique non constitutionnelle, mais plutôt acquise, ou suivant qu'ils représentent des formes de transition ou d'état de la dégénérescence hystérique.

Dans le premier cas, il s'agit de psychonévroses (mélancolie, manie) qui ont un pronostic assez favorable et qui se distinguent des cas analogues, mais non occasionnés par l'hystérie, seulement par leur durée plus courte en général, par l'immixtion et l'utilisation allégorique des symptômes de la névrose hystérique.

La mélancolie à base hystérique se distingue particulièrement par la prédominance de l'angoisse précordiale, par la fréquence du raptus mélancolique et de la tendance au suicide, par l'utilisation des sensations hystériques (notamment boule, névralgies, myodynies) pour la formation des idées délirantes qui, très fréquemment, ont une nuance démonomaniaque, par les hallucinations de la vue très fréquentes et la manifestation théâtrale des émotions dépressives avec une certaine coquetterie au milieu de la souffrance et des douleurs.

La manie m'a frappé par l'absence du stade prodromique mélancolique, par sa marche subaiguë, par les grands changements d'humeur, en général par la grande instabilité de l'état d'esprit et par la prédominance des idées délirantes de nature religieuse et érotique.

La psychose hystérique apparaît tout à fait autre quand elle ne représente qu'un stade de la dégénérescence fonctionnelle progressive qui, constitutionnelle et généralement due à une tare héréditaire, débute ordinairement à l'époque de la puberté, prend des formes et des transformations de plus en plus mauvaises, notamment dans le sens de l'hystéro-épilepsie, et arrive imperceptiblement au trouble mental. Les formes cliniques sont : les formes dégénératives de la folie raisonnante, la moral insanity, mais surtout la paranoïa, ou bien aussi la démence progressive.

La paranoïa apparaît sous la forme persécutoire, ou bien aussi comme paranoïa érotique ou religieuse. Les lois de l'évolution sont les mêmes que dans les cas dus à une autre cause que l'hystérie. La forme persécutoire subit souvent des transformations dans le délire (religieux, érotique).

L'hystérisme prédispose à la paranoïa, spécialement à la forme persécutoire, parce que, chez ces malades très susceptibles, l'idée qu'ils restent

inaperçus, humiliés, se produit facilement, car la sphère sensorielle centrale est très facile à halluciner, et les produits de l'imagination, ainsi que les hallucinations, sont difficilement rectifiés, étant donnée la faiblesse fonctionnelle des capacités intellectuelles supérieures. Ajoutons encore que lorsque la maladie se trouve à un état avancé, la transformation directe des sensations en idées délirantes se fait dans la conscience sans aucun obstacle et que, par suite de la grande excitabilité et de la grande vivacité des conceptions, les sensations accessoires (irradiations) prennent l'intensité des hallucinations et sont facilement provoquées.

La paranoïa à base hystérique présente un caractère clinique particulier :

1° Par l'utilisation des sensations hystériques pour la formation d'un délire allégorique et correspondant (boule, clou, myodynies, névralgies, paralgies, viscéralgies, irritation spinale, avec interprétations persécutoires, ordinairement par des moyens physiques, électro-magnétiques; anesthésies musculaires avec l'idée qu'on plane dans l'air, qu'on est d'une légèreté anormale, en combinaison avec de l'anesthésie cutanée, viscérale, avec l'idée que des organes ont été escamotés, etc.) ;

2° Par la fréquence des hallucinations visuelles, contrairement aux formes de la paranoïa qui ne sont pas de nature hystérique (visions d'animaux, de la mort, de cadavres, jeux de couleurs, etc.) ;

3° Par la fréquence avec laquelle les idées délirantes prennent pour point de départ des états délirants épisodiques, spécifiquement hystériques ; le développement de la maladie se fait pour ainsi dire par secousses, en partant de ces délires transitoires ;

4° Par la participation prédominante de la sphère sexuelle. L'influence de cette dernière peut se manifester par voie organique directe en tant que les processus d'excitation génitale font naître dans l'organe de la conscience des délires érotiques (à nuance persécutoire ou expansive) et religieux, ou qu'ils arrivent à la conscience et sont utilisés par voie allégorique.

Les sensations cérébro-spinales provoquées par voie utérine (habituellement des hyperesthésies et des névralgies) trouvent une semblable utilisation dans le sens de la persécution (magnéto-électrique) ; les anomalies génitales sensitives sont interprétées dans le sens d'une grossesse, d'un coït heureux avec un amant ou avec des personnes divines, ou aussi dans le sens d'attentats à l'honneur sexuel.

C'est à cette origine qu'on doit évidemment ramener les incubes et les succubes des temps passés et les rapports démoniaques. Aujourd'hui encore, les femmes hystériques des asiles se plaignent souvent qu'on abuse d'elles la nuit. Les excitations utérines produisent souvent par voie réflexe sur les centres du nerf optique et du nerf acoustique des hallucinations correspondantes (injures ou propos sexuels, visions obscènes ou religieuses), mais surtout des hallucinations du sens olfactif. La nature des hallucinations olfactives est, dans la plupart des cas, très désagréable : puanteur, sueur comme objet de répugnance pour les gens de l'entourage ou comme

signe de persécution de la part de ces derniers (avec utilisation des sensations d'abasourdissement, des accès de syncope, etc.); elle est rarement agréable (comme, par exemple, dans la paranoïa religieuse, sous forme de parfums de fleurs, d'encens, etc.).

Quand la paranoïa fait son apparition, les phénomènes somatiques graves de l'hystérie, spécialement les convulsions, disparaissent ordinairement.

Des états extatiques, cataleptiques même, accompagnent d'ailleurs très souvent dans sa marche la paranoïa érotique ou religieuse. La maladie montre une tendance aux longues rémissions allant jusqu'aux intermissions. A l'acmé du tableau de la maladie, les exacerbations coïncident presque régulièrement avec les processus de la menstruation. Le pronostic est défavorable.

Le bromure de potassium et la morphine atténuent ordinairement les sensations et les excitations du système nerveux utérin, et calment les malades.

Observation LXXIII. *Paranoïa originaire à base hystérique. Transformation en délire hystérique.* — Marie Wischnitz, quarante-deux ans, non mariée, née d'un père ivrogne et d'une mère très portée à la colère et qui fut à plusieurs reprises atteinte d'aliénation mentale. Plusieurs frères et sœurs sont morts de convulsions. La malade a été ramassée dans un creux de rocher près de Gratz où elle s'était retirée par dépit, parce que personne ne lui avait donné la reconnaissance et l'aide qu'elle méritait.

Dès son enfance, elle était névropathe, souffrait beaucoup de maux de tête, se sentait moins bien traitée que les autres enfants et mise au second rang par ses parents.

De bonne heure elle pressentit qu'ils n'étaient pas ses vrais parents. A l'âge de trois ans et demi, elle rencontra dans la rue un monsieur inconnu qui, par plaisanterie, lui demanda si elle voulait être sa fille. Cet incident produisit une profonde impression sur elle. Quand elle rentra à la maison, elle fut battue par sa mère qui lui écrasa le nez sous ses pieds pour la rendre méconnaissable. Alors elle regretta beaucoup de n'être pas partie avec le monsieur inconnu; elle devint si triste, conçut un tel pessimisme romanesque qu'elle songea à finir ses jours en se jetant à l'eau. Ses règles, prétend-on, sont venues dès l'âge de huit ans, furent ensuite supprimées pendant deux ans, puis revinrent très régulièrement et toujours accompagnées de douleurs dans le ventre et dans le dos.

Lors de sa première menstruation, la malade éprouva une étrange angoisse, de l'abasourdissement, de la somnolence et de la lassitude.

A l'époque où elle allait encore à l'école, une noble famille étrangère avait une fois fait un séjour de villégiature dans le village. La dame fut très aimable pour elle; elle lui fit même des cadeaux. Elle se sentait attirée vers cette dame, il lui semblait qu'elle était sa vraie mère.

La maladie proprement dite a commencé à l'âge de trente-trois ans. La malade souffrait alors d'hystérie (boule, hyperesthésie, etc.). Elle commença à s'apercevoir qu' « on parlait à tort et à travers », que tous les gens la regardaient et agissaient envers elle d'une façon cruelle, comme des assassins. On a essayé aussi de l'empoisonner. Elle s'en aperçut par le fait que son corps gonfla (météorisme hystérique).

A l'âge de trente-quatre ans on lui a « appris » (hallucination) que ses prétendus parents n'étaient pas ses parents réels. Depuis elle ne les appelait que ses parents adoptifs. Depuis longtemps déjà elle a été frappée par son peu de ressemblance avec

ses frères et sœurs. Maintenant elle s'explique facilement pourquoi elle fut de tout temps la Cendrillon de la maison. On lui a fait savoir en outre qu'à l'âge d'un an elle avait été enlevée à ses parents par une bande de Juifs. Plus tard elle a reconnu la bande par l'odeur. Au début de la maladie il y avait évidemment des états hystériques délirants hallucinatoires qui ont produit de nouveaux délires. Ainsi, elle raconte qu'il y a huit ans elle était couchée au milieu d'une mer de flammes et plus tard dans une tombe. Elle s'en aperçut par suite de l'odeur de cadavre. Lorsqu'elle se réveilla de son état léthargique, elle entendit quelqu'un demander si elle était encore vivante. Elle entendit ensuite une autre voix qui lui disait de mettre la main sur sa tête. Elle s'est aperçue qu'elle avait une couronne, mais elle ne pouvait pas parler. Elle s'aperçut encore qu'on avait essayé de l'empoisonner pour cacher son état et pour s'emparer de son héritage.

Dans un autre moment d'exception psychique, elle entendit une fois dire : « Animal d'archiduc impérial et royal » et elle s'aperçut que cette injure s'adressait à elle et à la famille archiducale. Dans les états délirants qui se présentèrent plus tard, on lui avait proposé des mariages. On l'avait même mariée. Elle ne vit personne à cette cérémonie, mais elle entendit tout. On la fit mettre sur son séant pendant qu'elle était au lit et elle fut obligée de dire « oui » pour la première fois, lors de son mariage avec un nommé W..., la seconde fois, quand elle fut mariée à l'empereur. Une troisième fois, la voix l'abandonna. Elle l'a lu aussi dans les journaux, mais ordinairement en lisant l'article ses yeux se voilaient tout d'un coup. Un jour qu'elle était à même de pouvoir lire plus nettement, c'était écrit en lettres d'or dans le journal. Dans ses états de sommeil hystérique et de mort apparente, on s'était rué sur elle et on lui avait fait un enfant.

Elle a eu un accouchement public (réel), deux petits accouchements (avortement) et trois accouchements secrets (imaginaires). Ces derniers ont eu lieu avec escamotage des enfants. En général, on a opéré sur son corps dans un sens hostile. C'est surtout son tyran de « mère adoptive » qui l'a charcutée, qui l'a foulée aux pieds, lui a arraché le bout du nez et l'a rendue, de cette façon, méconnaissable et si différente de sa « noble et légitime » mère. Elle a maintenant tout à fait l'air d'une étrangère; elle a aussi un sommeil étrange qui ne la soutient plus. Jusqu'à ces temps derniers on l'a persécutée, repoussée, bien que ce soit elle qui devrait être la première dame de Gratz.

Dans la dernière place où elle a été servante, la dame de la maison était gentille et bonne pour elle. Elle devina, par la ressemblance des traits, que c'était cette dame qui était sa « noble et légitime » mère. Elle avait recueilli chez elle tous les bouts de conversation qui avaient rapport à cette noble dame et trouvé que sa noble et légitime maman s'appelait en réalité « Pleine-Lune, Glad Sultan » et qu'elle était reine. Là aussi elle se sentait souvent une couronne sur la tête ; mais, quand obéissant à l'injonction de la voix, elle voulait y toucher, la couronne avait disparu.

La malade est de taille moyenne, avec crâne brachycéphale; la racine du nez, large et profonde, parait comme enfoncée. L'oreille droite est plus petite que la gauche. La malade souffre de nombreux malaises hystériques qui apparaissent notamment à l'époque de la menstruation.

Elle prend une pose distinguée, réservée; elle vit tout à fait dans ses idées romanesques de persécution et de grandeur qu'elle ne divulgue que rarement. La maladie reste tout à fait stationnaire.

Observation LXXIV. — *Paranoïa hystérique* (*Sensations*). — Hlatky, trente-neuf ans, veuve d'employé, reçue le 10 octobre 1875, n'aurait pas, dit-on, de prédispositions héréditaires. Sœur sujette aux spasmes. A l'âge de quinze ans, au moment de

la puberté, la malade est devenue chlorotique et hystérique. On peut retrouver les traces de la névrose hystérique dans toute la période postérieure à cette époque. La malade était mariée: elle n'a jamais conçu. Il y a trois ans elle devint méfiante, crut qu'on la regardait de travers ; elle était lésée, calomniée de divers côtés. Elle cachait son argent: la nuit on lui disait où elle l'avait caché. Elle s'apercut qu'il lui manquait une partie de son argent et de ses valeurs. On lui mettait du poison dans ses plats, on lui enlevait des membres entiers (anesthésie temporaire). Elle changeait de logement à chaque instant, vivait toujours en querelle avec ses voisins auxquels elle attribuait ses persécutions. De nombreuses sensations hystériques et des hallucinations se produisirent ; leur origine et leur nature indiquaient clairement qu'il existait des processus d'excitation dans le système nerveux génital. On l'appelait putain, on lui faisait des propositions d'un caractère obscène, on lui suçait ses forces par le vagin et le derrière. Comme fait intéressant il faut relever à ce propos la manière dont la malade désignait, quelquefois par des mots forgés de toutes pièces. ses sensations. Toutes ces souffrances lui viennent d'une puissance mystérieuse qu'elle appelle le Zeif. Elle désigne le genre de ses sensations en nommant l'organe qui en est le siège et en ajoutant le mot Zeif (Zeif de la gorge, du foie, de l'estomac, etc.).

Une de ses sensations importantes est qu'on lui suce ses forces par l'anus, le sacrum et le vagin. Elle n'est sucée qu'à certains moments, mais jusqu'à ce qu'elle en soit abrutie, comme en état d'ivresse, et qu'elle ne voie plus rien. Son anus a été complètement abîmé. Il lui fourmille continuellement (prurit).

Le succion a commencé depuis que le médecin l'a explorée. Cette sensation est très désagréable. Même quand on ne la suce pas, elle éprouve une sensation de douleur aux parties génitales.

Parfois on la suce simultanément à la tête et à l'estomac. Les idées lui sont sucées par la tête (« serbes d'idées » d'après l'expression de la malade). Cela se fait facilement puisqu'elle a la tête ouverte et béante. Quand on la suce au vagin, elle éprouve à la tête un tiraillement douloureux. On la suce jusqu'à ce qu'elle devienne tout à fait lasse. Toutes les fois que les gardes-malades femmes sortent, elles lui sucent sa sève pour se débaucher en ville.

Elle est tout imprégnée de vapeurs aigres et elle décrit cette sensation en disant que « c'est comme si l'on exhalait à travers le mur des souffles venimeux sur quelqu'un ». On lui suce aussi à travers les murs le sacrum, on lui coupe le cœur en morceaux, on lui dilate par un coin la tête (fluxion) et on lui retire la cervelle par le nez (rhume de cerveau occasionnel). On la coupe, on la pique, on la tiraille dans les flancs et dans les hanches (névralgie intercostale).

On lui tire les idées de la tête, et, comme elle éprouve des fourmillements et des chaleurs à la peau de la tête, elle appelle cela « Dachensud » (bouilli cutané). On fait bouillir aussi son cerveau, c'est-à-dire qu'on l'emploie à des travaux intellectuels, ce qu'elle appelle « doctorer ».

On lui fait subir aussi des « tendendengs », c'est-à-dire qu'on lui implante d'autres idées dans la tête.

Une sensation particulièrement désagréable est un grouillement de fourmis le long de son dos ; ce mouvement commence à l'occiput, dans les cheveux, et va jusque dans l'anus. Voilà pourquoi elle l'appelle le « dack » d'anus et le « dack » des cheveux. Souvent elle éprouve aussi une secousse et un tremblement de tout le corps. Alors, comme elle dit. on lui « zeife » le corps. Parfois on la fait mourir temporairement du côté droit. Elle a dans le corps des écrevisses qui lui mangent tout. On fait avec elle un véritable jeu de cabaret.

A côté de ces sensations (hystériques) qui sont interprétées d'une manière insen-

sée, se trouvent aussi de nombreuses hallucinations qui, dans les dernières années, ont pris de plus en plus un caractère sexuel.

Elle entend des injures sexuelles ; l'entourage a évidemment un « zeif » de la langue et des dents. La malade entend prononcer tout ce qu'elle pense (succion de ses pensées). On l'appelle en secret putain ; tu « pourrais être depuis longtemps une papesse enceinte », lui disent les gardes-malades.

On s'amuse à la couvrir d'ombre. La nuit on lui travaille le vagin. Elle a été couverte en ombre par l'évêque qui, la nuit, lui avait jeté un drap de lit sur la figure.

Les hallucinations olfactives ne manquent pas non plus. On lui envoie à travers le mur des puanteurs dans le nez.

Comme réaction à ces souffrances, la malade est dans une agitation irascible continuelle qui l'entraîne parfois à des voies de fait contre son entourage, d'où viennent toutes ces infamies. A l'époque des règles, quand les sensations et les hallucinations sont accentuées, elle est particulièrement agitée et atteinte d'insomnie. On ne réussit que passagèrement à l'occuper et à lui procurer un dérivatif. Le bromure de potassium et les injections de morphine n'ont qu'un succès temporaire. En plus de l'hystérie, l'examen du corps, fait avec beaucoup de difficultés, n'a rien révélé, sauf un catarrhe chronique de l'utérus et du vagin avec flueurs abondantes, constatation très importante au point de vue étiologique. Aucun traitement gynécologique n'a pu être entrepris.

CHAPITRE IV

FOLIE HYPOCONDRIAQUE[1]

La question de savoir si l'hypocondrie doit être classée parmi les névroses ou parmi les psychoses est généralement résolue dans le sens de cette seconde hypothèse. Quelle place l'hypocondrie occupe-t-elle dans le domaine des psychoses ? Les opinions sont divisées. Griesinger la considère comme une forme atténuée de la mélancolie. De fait, il y a chez l'hypocondriaque de la douleur psychique et des phénomènes d'entrave ; cependant ce ne sont pas des phénomènes primaires, mais des phénomènes consécutifs, des réactions à des sensations importunes, à des paralgies et aux conceptions anxieuses qui s'y rattachent et qui, semblables aux représentations obsédantes, ne tolèrent à côté d'elles aucune autre idée et forcent le malade à s'occuper sans cesse des troubles produits dans son corps.

Cette obsession s'explique en partie par l'influence des sensations physiques (perception générale) sur l'état d'esprit et sur la conception, influence qui, même à l'état physiologique, se fait sentir ; en partie par la nature des images mentales qui remplissent la conscience et qui ont pour objet une maladie grave, un danger pour l'existence. On peut essentiellement désigner l'hypocondrie comme une névrose sensitive (névrose de la perception générale) avec participation réactive de la sphère psychique, participation qui ne manque jamais.

Si, à la suite d'une disparition momentanée de la névrose sensitive, la conscience n'est plus occupée par les perceptions générales morbides et troublées, il n'y a alors ni entrave ni dépression.

C'est par là que l'hypocondrie diffère de la mélancolie hypocondriaque dans laquelle la dépression douloureuse et l'entrave (avec micromanie et délire du péché éventuels) d'origine primaire, se rencontre avec une perception générale profondément altérée (ordinairement à cause des maladies psychiques causales ou accessoires), et où cette coïncidence est employée pour expliquer la dépression morbide et l'entrave.

L'hypocondrie a beaucoup de points de contact avec la neurasthénie en ce sens que cette dernière est souvent la base somatique et le point de

Littérature : V. le travail de Joly dans le *Manuel de Ziemssen*, tome suppl., 1878 (avec indications complètes de la littérature). — Tuczek, *Zeitschr. f. Psych.*, 39, p. 653.

départ de la dépression hypocondriaque et de la formation des idées délirantes. Néanmoins, ces deux états doivent être séparés l'un de l'autre, car l'hypocondriaque n'est pas toujours neurasthénique, et le neurasthénique n'est pas toujours hypocondriaque, bien qu'il faille convenir qu'il est presque toujours nosophobique.

Neuro-psychose hypocondriaque

Un des phénomènes élémentaires des plus importants dans la partie psychique du tableau de l'hypocondrie, c'est la facilité de perception de l'organe psychique, grâce à laquelle les processus d'excitation (souvent étiologiques) dans les nerfs organiques (pour la plupart pathologiquement altérés), arrivent nettement à la conscience de l'individu. Ces excitations sont en même temps annotées par de vifs sentiments de déplaisir allant jusqu'aux émotions (hyperesthésie psychique). La conscience est non seulement sans cesse inquiétée par ces sensations pénibles, préoccupée au point d'arrêter tous les autres sentiments et représentations, mais elle est aussi poussée à interpréter ces sensations, ce qui, suivant l'individualité, l'état d'intelligence du malade, ainsi que suivant la nature du mal physique causal, peut provoquer l'idée d'une maladie grave, mais parfois aussi des explications des plus absurdes sur la nature des sensations qui existent réellement.

Avec cette disposition continuelle à expliquer les sensations d'une façon allégorique, et souvent d'en travestir le sens d'une façon absurde, ce qui s'explique par les entraves que subissent toutes les opérations de la conception, et en même temps le pouvoir de critique et de réflexion, ensuite par le caractère souvent originairement alogique des malades, l'hypocondriaque ressemble au paranoïque. Ce n'est donc pas sans motif que Merklin, se fondant sur ces faits, a désigné l'hypocondrie comme une forme bénigne de la paranoïa, c'est-à-dire une forme qui est encore compatible avec une apparence de conduite raisonnable. En effet, la transition de l'hypocondrie à certains états de la paranoïa hypocondriaque, sont tout à fait imperceptibles. A l'acmé de l'hypocondrie, les images mentales reproduites sont aussi annotées par de vifs sentiments pouvant aller jusqu'aux émotions, et il se développe un tel état d'hyperesthésie sensorielle que les images mentales peuvent provoquer des sensations correspondantes (hallucinations de la perception générale). Les conséquences des processus d'entrave amenés par l'influence organique sensitive et toujours croissante sur la conscience se font sentir dans tous les sens de la vie psychique.

Cette influence se fait remarquer : du côté de l'intelligence, surtout par le fait que les interprétations et les allégories des sensations deviennent de plus en plus absurdes ; du côté de la conception et des sentiments, une anesthésie psychique désespérante se produit par suite de l'entrave des sentiments de plaisir, et cette anesthésie envahit même la perception sen-

sorielle ; l'égoïsme se produit par suite de l'entrave des conceptions et des sentiments esthétiques compliquée par l'état de souffrance du Moi; par suite du manque des sentiments et des conceptions esthétiques, il y a un sans-gêne qui fait accomplir toutes les fonctions physiques devant les autres et les fait discuter. L'entrave de la capacité générale aux efforts se manifeste par une apathie et une absence d'énergie désespérantes.

L'hypocondriaque n'a qu'une pensée, une tendance, c'est de trouver un remède à son prétendu mal.

Dans ce but il consulte une foule de médecins, avale décoctions sur décoctions, se soumet à tous les procédés de traitement imaginables, s'abîme de plus en plus, devient malade par les drogues, essaie alors de l'homéopathie, du charlatanisme, des remèdes mystiques, mais de tout en vain. Avec l'hyperesthésie croissante et qui s'étend à tous les trajets sensitifs, ses maux s'accentuent ; son imagination prise d'une surexcitation morbide lui représente les maladies les plus horribles qui font immédiatement une impression sur le physique et provoquent des sensations correspondantes. A l'acmé de sa maladie, il est incapable de s'occuper d'autre chose que des phénomènes de son corps « délabré » ; il fouille dans ses excréments pour chercher des vers solitaires, découvre dans les papilles de sa langue la formation de nodules cancéreux, des tubercules dans ses crachats, les preuves d'un calcul dans les sédiments de son urine. Des efflorescences insignifiantes sur la peau sont des preuves de syphilis, des palpitations sont les symptômes d'une prochaine paralysie du cœur ; des malaises neurasthéniques indiquent l'existence du tabes ; un mal de tête prouve sans aucun doute qu'un ramollissement du cerveau est sur le point de se produire, etc. Le malade est en proie à une agitation émotive continuelle, il se dépeint les souffrances de sa mort terrible et imminente. Comme complication des sentiments d'angoisse spontanée se produisent de temps en temps. Ils peuvent s'accentuer jusqu'au degré d'un raptus et mener au suicide.

Comme troubles névrotiques qui en partie occasionnent l'hypocondrie et en partie l'accompagnent, il faut noter les hyperesthésies, les névralgies, les paralgies, les paresthésies, à l'occasion aussi les anesthésies des nerfs sensitifs, spinaux, cérébraux et sympathiques, les hyperesthésies des organes des sens, épisodiquement même des hallucinations, souvent aussi le complexus symptomatique de la neurasthénie cérébrale et spinale.

Les troubles moteurs (crampes réflexes, spasme respiratoire, toux), vaso-moteurs et sécrétoires ne sont pas rares non plus.

L'hypocondrie est une maladie très fréquente et qu'on rencontre surtout chez les hommes. Episodiquement et sous une forme bénigne, elle peut atteindre n'importe quel individu, dont la sensation générale est troublée par une maladie physique ; mais ces cas sont insignifiants, en comparaison de ceux où l'hypocondrie représente une névrose constitutionnelle, ayant habituellement sa racine dans une tare héréditaire, dont le début remonte à la puberté sinon à l'enfance et qui suit l'individu pendant toute la durée de sa vie, car elle est provoquée par toutes sortes de causes organiques

(phases biologiques de la vie, maladies chroniques de l'estomac et des intestins, affections du foie et du cœur, maladies des organes sexuels ou urinaires, souvent tout à fait insignifiantes, neurasthénie, etc.), ou par des causes psychiques (ennui, vie recluse, fréquentation des hypocondriaques, lecture de certains ouvrages populaires de médecine, épidémies, etc.). Comme toutes les névroses, l'hypocondrie présente une marche rémittente, exacerbante et qu'on peut ramener souvent à des causes internes et externes.

L'hypocondrie qui n'est pas due à une tare est dans la plupart des cas une maladie passagère qui se termine par la guérison, et d'une durée variant entre quelques semaines et quelques mois. L'hypocondrie constitutionnelle ne présente que des intermissions et se termine souvent par des états graves de dégénérescence mentale.

Il ne faut pas confondre avec l'hypocondrie, maladie et névrose autonomes, certains cas où elle se présente comme forme clinique au cours des maladies cérébrales graves (voir le chapitre de la *Démence paralytique*). Au point de vue thérapeutique, il faut avant tout retenir que derrière l'hypocondrie il y a toujours une maladie physique qui doit être décelée et traitée. Dans la pratique on pèche souvent contre ce principe, en prenant l'hypocondriaque pour un malade imaginaire. En examinant rigoureusement les choses, il n'y a pas de malades imaginaires : il n'y a que des malades qui ont une sensation pathologique disproportionnée (hyperesthésie) et qui, devenant par ce fait même égoïstes et très sensibles, envisagent leurs maux avec exagération. Les sensations des hypocondriaques ne sont pas des fictions, leurs délires manquent aussi peu de fondement somatique que ceux des autres individus atteints de troubles mentaux ; seulement l'interprétation qu'ils leur donnent est erronée et souvent même absurde.

Le traitement des hypocondriaques doit être psychique et somatique. Le traitement psychique du malade hyperesthésique doit viser en première ligne l'apaisement, les dérivatifs et la distraction.

La condition fondamentale du traitement psychique, c'est que le malade ait confiance en son médecin. Qu'on cherche à la gagner en montrant de la compassion, en prenant en considération toutes ses plaintes, et en examinant soigneusement son corps. Une fois la confiance acquise, on peut user de sévérité. La décision et l'esprit de suite dans l'attitude en imposent au malade, la raillerie l'irrite ; quant à la réfutation logique de ses erreurs, elle a aussi peu de prise sur lui que sur le paranoïque.

La dérivation psychique par une occupation régulière est un moyen très important : tant de gens tombent malades parce qu'ils ont quitté une vie laborieuse pour l'oisiveté ! L'activité qu'on prescrit ne doit pas cependant être un travail fatigant pour l'esprit et le corps, ni un travail purement mécanique, sans but et ennuyeux. Souvent les petits voyages, les cures dans les villes d'eau, l'exercice à cheval, etc., produisent un effet utile. A l'acmé de la maladie et dans l'hyperesthésie générale le repos et temporairement le repos au lit sont nécessaires.

A l'indication psychique répondent aussi les moyens médicaux. Sans médicaments l'hypocondriaque ne se sent pas rassuré. S'il n'y a pas d'indications somatiques, il faut donner des semblants de médicaments. Au moins on ne le rend pas malade par les drogues.

Le point de départ du traitement somatique est donné par les maladies physiques causales ou accessoires (affections intestinales, maladies sexuelles, neurasthénie) dont la thérapeutique doit être entreprise selon les préceptes de la pathologie spéciale; mais il faut l'appliquer en prenant en considération la constitution individuelle, les conditions de l'existence et les besoins psychiques.

Une grande difficulté dans l'exécution du traitement est constituée par l'état psychique du malade qui souvent est psychiquement anormal dès l'origine. Les interventions affaiblissantes, l'emploi prolongé des sels purgatifs, les cures de Carlsbad, qui interviennent profondément dans la mutation intraorganique, sont ordinairement nuisibles à la constitution et à l'état nerveux de l'hypocondriaque (faiblesse irritable, neurasthénie).

En général l'hydrothérapie et l'électrothérapie, les cures climatériques, les bains de mer, l'hygiène, la diététique, les toniques donnent un résultat satisfaisant.

Symptomatologiquement les calmants passagers, surtout quand l'hyperesthésie est très accentuée, quand il y a de l'insomnie et des accès d'angoisse, peuvent devenir nécessaires. En première ligne il faut alors essayer des préparations de brome et d'acide cyanhydrique. En général, ils sont mieux indiqués dans ce cas que les opiacés.

États de faiblesse mentale dus a l'hypocondrie

Dans l'hypocondrie grave et généralement constitutionnelle, les états de faiblesse mentale constituent souvent la phase terminale ou une phase du développement progressif.

Ces états ne doivent pas être confondus avec la forme hypocondriaque de la démence paralytique. Ils ne vont pas jusqu'à l'idiotie complète. Le malade tombe dans une apathie désespérée et dans une aboulie qui ne sont refoulées que passagèrement par des sentiments d'angoisse qui se manifestent occasionnellement. Les émotions, les efforts du malade pour trouver du secours se relâchent. Son intérêt pour le monde extérieur et pour ce qui autrefois lui était cher s'éteint. Il perd le dernier reste des égards esthétiques pour les autres; il devient malpropre dans son extérieur, sans égards dans la satisfaction de ses besoins physiques, ne s'occupe que des fonctions troublées de son corps délabré, prend toutes sortes d'habitudes maniaques, devient puéril dans la manifestation des émotions qui par hasard peuvent encore se produire et de plus en plus inepte dans la description et dans l'interprétation de ses souffrances.

Avec le temps les traits s'usent, le corps tombe dans un marasme auquel évidemment le cerveau participe dans une grande mesure (senium précoce).

Observation LXXV. — *Faiblesse mentale par suite d'hypocondrie.* — J..., médecin, cinquante-quatre ans, marié avec une femme hystérique et aliénée depuis des années, sort d'une famille tarée. De tout temps ce fut un individu anormal, excentrique, irascible, querelleur et enclin à l'hypocondrie. La maladie de sa femme ainsi que la profession très fatigante qu'il exerçait dans un pays montagneux, lui donnaient beaucoup de mal et des soucis. La maladie de sa femme et la concurrence dans son métier faisaient beaucoup de tort à sa situation matérielle. Au commencement de l'année 1879, le malade prit un catarrhe chronique de l'estomac. Il perdit le sommeil, devint hypocondriaque, déprimé, subit une baisse considérable dans sa nutrition, fut atteint d'accès d'angoisse dans un desquels il fit une tentative de suicide.

Le 8 août 1879 il demanda à être reçu à la clinique psychiatrique. Panicule adipeux très diminué, couleur jaune grisâtre, anémie, catarrhe intestinal chronique, symptômes d'un commencement de cœur gras, pouls tardif, phénomènes de sénium (gerontoxon, artères rigides); tel était l'état physique. Au point de vue psychique il offrait l'image d'une profonde hypocondrie ; il se plaignait que sa perception générale et ses sentiments psychiques étaient complètement paralysés ; il se sentait dénué de sensations et de sentiments ; il se plaignait, pleurnichait comme un enfant, disait qu'il ne voyait plus aucune possibilité de se sauver. En même temps insomnie, malaises dus au catarrhe chronique de l'estomac et de l'intestin, mal de tête, sensation d'une tête grosse comme une citrouille, paralgies nombreuses (sensation de vers et autre vermine lui rongeant la peau), sensation d'avoir une balle de plomb dans le corps, d'être sur le point d'accoucher, d'avoir les boyaux blessés, vissés dans un étau, brûlure dans le rectum et allant jusqu'au cerveau. Après le repas et aussi la nuit, le malade éprouve une angoisse précordiale tourmentante. Il croit alors que sa fin est proche et demande qu'on télégraphie à sa famille. Il présente pendant ces crises : boule, spasme respiratoire, sueurs d'angoisse ; il se plaint d'avoir des crampes dans les mains et dans les pieds. Parfois il voit pendant ces accès d'angoisse l'ange de la mort qui veut l'enlever. Il se cramponne désespérément aux gens de son entourage, glisse sur le plancher, demandant du secours d'une voix désespérée.

La maladie évolue avec des rémissions et des exacerbations. Ces dernières coïncident toujours avec l'accentuation des malaises intestinaux et avec la constipation, souvent aussi avec les fautes commises contre le régime, provoquées par une boulimie qui apparaît parfois, enfin avec l'usage du tabac par lequel le malade se laisse toujours tenter malgré l'interdiction du médecin. C'est en vain qu'on essaie de tout ce que la cuisine et le trésor des médicaments peuvent offrir pour amener une tournure favorable de la maladie qui est en étroite connexité avec le catarrhe chronique et intestinal. Dans les états d'émotion anxieuse, les opiacées, l'eau de laurier-cerise, le bromure de sodium et les bains produisent toujours un soulagement. L'état physique et psychique s'améliore passagèrement avec le régime lacté et la privation absolue du tabac; mais le malade enfreint toujours les prescriptions diététiques, s'approprie à l'occasion des plats destinés à d'autres malades et expie sa faiblesse par de nouvelles exacerbations.

Avec le temps il s'absorbe complètement dans ses sensations; il se plaint en larmoyant, comme une femme hystérique, de toutes sortes de douleurs. Il n'y a plus une goutte de sang sain en lui, pas un organe qui ne soit atteint, il est tout à fait amaigri, sa chair a diminué ; il n'en a pas pour longtemps, son cœur se brise, le fil de sa vie se rompt. Il éprouve la sensation de vers rongeant son cerveau ; il sent aussi ses forces intellectuelles diminuer. Son corps est par moment vide de sang, sa circulation arrêtée; il sent l'anémie de son cerveau, son marasme, cela lui

tire la tête à droite et à gauche, c'est une éclampsie partielle ; les sensations changent à chaque instant : angoisse, peur, tristesse, oppression au cœur, il n'a plus d'idées, il est incapable d'écrire une lettre, ses nerfs sont tellement irrités qu'ils agissent d'une manière hostile sur lui, il n'a plus de force vitale, il approche de sa fin à pas de course. Il préfère la mort à ce martyre, mais il a, en même temps, horreur de la mort et il prie qu'on le narcotise au moment de son agonie.

Le point de départ et le centre de tous ces sentiments gênants, ce sont les sensations gastro-intestinales anormales.

Le malade se plaint d'avoir une telle hyperesthésie du tube digestif qu'il perçoit toujours les processus de la formation des matières fécales et le péristaltisme. Il lui semble qu'il a le cerveau dans le ventre et les boyaux dans le cerveau. Il a un sentiment continuel de blessure dans les intestins. Dans le rectum cela brûle comme du feu ; de là la sensation douloureuse monte au cœur et ensuite au cerveau. Là il a souvent la sensation d'une main qui s'introduirait pour presser, c'est une « crampe de l'hémisphère » ; « cela doit pourtant être une maladie idiopathique », dit le malade d'une voix caverneuse.

Quand l'évacuation tarde à se faire, il éprouve une atonie terrible ; il sent alors les vents se poser sur son cœur et s'attend à un arrêt des mouvements du cœur.

Au cours de l'année 1880, le malade s'absorbe de plus en plus dans ses malaises et ses plaintes ; il devient indifférent au monde extérieur et au sort des siens. L'intérêt vif qu'il portait autrefois aux questions de son métier s'éteint ; il ne demande plus ni un journal ni d'autre lecture, il ne s'occupe que des palpitations de son cœur, de son pouls, de sa langue, de ses selles, de son urine, et partout il reconnaît les signes d'un dénouement fatal prochain.

Il ne craint pas de porter avec lui de la matière fécale enveloppée dans du papier et de la montrer pendant le repas aux autres malades ou au médecin.

Vers la fin de 1880 on note chez lui, outre les phénomènes de la faiblesse mentale croissante, des manières pleurnichardes, des méditations désespérées, des émotions ineptes et enfantines, du marasme physique. La mine devient chagrine, ridée, usée. Le malade s'épuise en plaintes monotones : atrophie générale, diminution de son poids spécifique, atonie et dureté de son abdomen. Le soupçon, formé au commencement et pendant le cours de la maladie, qu'il s'agit d'une forme hypocondriaque de la démence paralytique ne se confirme pas. On n'a remarqué au cours de l'année 1880 qu'une dilatation durable de la pupille droite. Lorsque, à la fin d'octobre, j'ai vu le malade pour la dernière fois, il présentait l'image d'un état de faiblesse intellectuelle simplement hypocondriaque, qui ne se ranime que par de violents sentiments d'angoisse allant jusqu'aux émotions du désespoir et provoqués par un retard accidentel des selles.

Au commencement de l'année 1881, le malade, pris d'un de ces accès d'angoisse, a mis fin à ses jours, après avoir brisé d'un de ses souliers un carreau de verre soi-disant incassable et après s'être fait des blessures profondes avec un morceau de verre, de sorte que la mort se produisit par suite d'hémorragie.

Paranoïa hypocondriaque

L'hypocondrie peut encore se terminer par une paranoïa (hypocondriaque).

Tandis que dans le cadre de l'hypocondrie simple les sensations anormales sont encore produites d'une manière logique et que le malade objec-

tive ses malaises dans les limites des maladies réelles, il arrive souvent dans le cours de la maladie que le malade, perdant le reste de sa raison, arrive à une interprétation physiquement et médicalement absurde de ses sensations. La facilité avec laquelle les sensations se transforment ici en conceptions de nature délirantes et d'autre part la facilité avec laquelle les conceptions amènent des sensations, aident beaucoup à la création de cette forme de paranoïa hypocondriaque. Les transitions de l'hypocondrie qui raisonne plus ou moins convenablement vers cette forme de la paranoïa sont imperceptibles.

Dans d'autres cas, la paranoïa hypocondriaque se produit en même temps que la faculté de critique du malade s'affaiblit, par le fait que les sensations objectives venant du monde extérieur sont attribuées aux influences hostiles de ce dernier (forme persécutoire). Là aussi, avec la marche de la maladie se produisent des hallucinations dans le sens de la forme ordinaire de la paranoïa.

Observation LXXVI. *Paranoïa hypocondriaque (sensations).* — Castillon, serrurier, cinquante et un ans, célibataire, censé n'avoir aucune prédisposition héréditaire, d'un esprit borné, superstitieux, ayant souffert de somnambulisme pendant son enfance, évita de tout temps la société des hommes, fut toujours irascible, étrange, adonné à la masturbation; perdit, il y a sept ans, toutes ses économies dans une faillite.

Il fut pris d'insomnie, devint hypocondriaque, déprimé, souffrait de mauvaises digestions, de selles difficiles, prétendait que ses organes étaient délabrés, qu'il avait une cataracte, souffrait de nombreuses sensations paralgiques et névralgiques. Il fut obsédé par l'idée délirante que toutes ses sensations lui étaient données artificiellement.

C'était notamment un voisin qu'il soupçonnait de ces pratiques. Des voix confirmaient ce soupçon. Il en demanda compte à son voisin, celui-ci nia. Le malade acquit de plus en plus la conviction qu'il était la victime de persécuteurs invisibles et l'interprétation de ses sensations morbides devint de plus en plus insensée. Les sensations physiologiques elles-mêmes lui semblaient provoquées artificiellement.

Quand, sept ans après la maladie, on établit le status præsens, le malade est dans un coin de la chambre, la mine chagrine, les traits fatigués et le maintien voûté. Il n'est nullement idiot, mais il est aboulique et constamment préoccupé par ses sensations auxquelles il prête une attention soutenue.

De temps en temps il fait une grimace douloureuse, respire profondément, donne un coup de poing en l'air pour se défendre contre les « invisibles » qui de nouveau l'ont saisi par derrière.

Ils lui causent des douleurs sur tout le corps. Quand par moments les homards se remuent dans sa tête, il est pris de douleur, et l'eau lui coule par le nez. Il y a deux ans un petit homard de ce genre lui est sorti par l'anus alors qu'il était aux cabinets. Dans le lit il a déjà senti des serpents. Quand il porte sa cuillère à sa bouche, il s'aperçoit que quelque chose de malpropre y entre. Il a senti toutes sortes de choses dans l'eau. Parfois ses persécuteurs lui tordent les doigts. L'autre jour, comme il voulait scier, son bras se raidit tout d'un coup et il aperçut une effluve de la scie sur son corps. Il n'est plus capable de lire; car aussitôt qu'il essaie, ses yeux menacent de tomber de leurs orbites.

Il se soulage de ses sensations en se tirant les cheveux et en se pinçant la peau

du ventre ; il trouve que ce moyen est toujours efficace. Le malade est sans émotion en présence de ses sensations et de ses idées délirantes. Sa journée est complètement remplie à réagir contre elles.

Au physique il est en décrépitude. Il a l'air plus vieux qu'il n'est et présente des symptômes de sénium. Pas d'anomalies de la sensibilité cutanée, pas de points douloureux névralgiques. Il faut supposer, comme c'est le cas pour les malades de ce genre, que les sensations (excentriques) ont une origine centrale. Les fonctions végétatives se font sans trouble.

QUATRIÈME PARTIE

INTOXICATIONS CHRONIQUES

CHAPITRE PREMIER

L'ALCOOLISME CHRONIQUE ET SES COMPLICATIONS [1]

Sous la désignation d'alcoolisme chronique (ivrognerie) introduite dans la science par Magnus Huss, nous comprenons l'ensemble de tous les troubles durables des fonctions psychiques et physiques produits par l'abus habituel de l'alcool.

Comme substrata anatomiques des symptômes psychiques de la maladie on a trouvé des altérations chroniques inflammatoires des méninges et des processus atrophiques de l'écorce cérébrale causés par l'action chimique excitante de l'alcool et par ses produits de décomposition sur le tissu cérébral ainsi que par des processus de fluxion et d'obstruction dans les vaisseaux, de même que par des obstructions dans les voies lymphatiques et les enveloppes du cerveau.

Comme conséquences ou comme complications, il y a des anomalies dans la distribution du sang (hyperhémies et anémies), hydrocéphalie externe et interne, hypérostose du crâne et pachyméningite interne; dans les autres organes il se produit de l'artério-sclérose, de l'hypertrophie du cœur, cœur gras, du catarrhe intestinal chronique, de la dégénérescence du foie et des reins.

Les altérations organiques de l'organe central et de ses enveloppes, dont nous venons de parler, ne se produisent qu'au bout d'un certain temps et non dans chaque cas. Elles apparaissent comme phénomènes terminaux et comme résidus originaires des troubles nutritifs de l'écorce cérébrale (nutrition et circulation troublées par suite de l'abus de l'alcool), et il semble que, lorsque le cerveau est capable de résistance (parois vaisseaux

[1] Littérature : Brühl-Cramer, *Die Trunksucht*, Berlin, 1819. — Clarus, *Beiträge*, etc., 1828, p. 3 (littérature ancienne). — Henke, *Etudes*, IV, p. 271. — Magnus Huss, *Der chron. Alkoholismus*, traduit du danois par Busch, 1852. — Voisin, *Ann. méd. psych.*, janv. 1864. — Magnan, *Gaz. des hôp.*, 1869, 79, 82, 85, 100, 108. — Rose, *Pitha und Billroths Chirurgie*, I, fasc. 2 (littérature). — Magnan, *De l'alcoolisme*, Paris, 1874. — Böhm, *Ziemssens Handb.*, XV. — Dagonet, *Traité des malad. ment.*, 1875, p. 526. — Bär, *Der Alkoholismus*, Berlin, 1878, p. 51. — Lentz, *L'alcoolisme*, Paris, 1885.

intactes), l'ivrognerie peut rester longtemps une maladie fonctionnelle. Voilà ce qui explique la possibilité de la guérison pendant les stades primitifs.

En raison de ces faits, les psychoses d'intoxication, spécialement l'alcoolisme, constituent la transition naturelle des psychoses fonctionnelles aux psychoses organiques et seront analysées, car ces espèces rares d'intoxication n'ont pas été mentionnées dans l'étiologie.

1° Le caractère fondamental des troubles psychiques qui en résultent, c'est la faiblesse psychique et l'insuffisance croissante des facultés éthiques et intellectuelles.

α). Les premiers symptômes se montrent ordinairement dans la sphère éthique. L'individu qui s'adonne à la boisson a des idées relâchées sur tout ce qui concerne l'honneur, les mœurs, les convenances ; il est indifférent aux conflits moraux, à la ruine de sa famille, au mépris que lui prodiguent ses concitoyens ; il devient un égoïste brutal et un cynique (dégénérescence des mœurs et du tempérament par ivrognerie ; inhumanitas ebriosa, — Clarus).

β). Une irritabilité d'humeur croissante et une véritable disposition à la colère violente vont de pair avec ces phénomènes moraux. Les moindres causes provoquent des émotions très graves, même des explosions de rage qui, étant donnée la faiblesse éthique très avancée, sont indomptables et revêtent le caractère d'émotions pathologiques (ferocitas ebriosa).

γ). Par moments, notamment le matin, se produisent des états de profonde dépression intellectuelle, de mauvaise humeur morbide, pouvant aller jusqu'au tædium vitæ, états qui disparaissent temporairement avec une nouvelle absorption d'alcool (morositas ebriosa).

δ). Un des premiers symptômes dans le domaine psychique, c'est une faiblesse de volonté extraordinaire pour l'accomplissement des devoirs professionnels et civiques. Elle se manifeste le plus nettement par une impossibilité à exécuter les bonnes intentions, à renoncer à son vice ; on en trouve une preuve très instructive dans ces cas assez fréquents où les alcooliques demandent leur internement dans un asile, étant encore assez intelligents pour apercevoir l'abîme dont ils approchent, mais sentant en même temps leur faiblesse de volonté et leur débilité morale qui les rend incapables de l'éviter par leur propre force.

ε). Avec ces symptômes, marche de pair une baisse progressive des capacités intellectuelles in toto et qui se manifeste de bonne heure par la faiblesse de la mémoire, par la difficulté dans la marche des idées, par l'inertie de la perception, et qui peut aller jusqu'à l'imbécillité.

ζ). Un phénomène frappant qu'on rencontre chez les alcooliques chroniques qui ont des rapports sexuels, c'est l'idée délirante qu'ils sont trompés sexuellement soit par l'épouse (délire d'infidélité conjugale[1]), soit par la maîtresse (délire de jalousie).

[1] Littérature : Cohen v. Baren, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 3 p. 620-639. — Casper, *Traité* remanié par Liman, 6e édit., cas 254. — Liman, *Zweifelhafte Geisteszustände*, p. 297, 304, 305, 320. — Nasse, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34. — Schäfer, *Ibid.*, 35, fasc. 2. — V. Krafft, *Jahrbücher f. Psych.*, X. fasc. 2 et 3.

J'ai rencontré le délire de la jalousie chez 80 p. 100 des alcooliques mâles qui avaient encore des rapports sexuels. Il apparaît aux stades avancés de l'alcoolisme et, sauf quelques cas rares, comme délire isolé presque monomaniaque.

Par là même et par le fait qu'il se produit presque exclusivement par la voie idéatoire (combinatoire), il ne fait pas au premier aspect l'impression d'un délire et même l'examen psychiatrique n'a souvent d'autre moyen que de prendre d'abord des renseignements sur la réalité des faits, pour savoir si l'on se trouve en présence d'une idée délirante ou bien d'une réalité.

Cette manie de la jalousie, une fois née, est excessivement stable et ce n'est que très exceptionnellement que je l'ai vue disparaître avec la guérison de l'alcoolisme. C'est ainsi que s'explique ce fait qu'on la rencontre dans les diverses formes des troubles mentaux aigus et chroniques qui peuvent se développer sur la base de l'alcoolisme.

Mais elle préexiste toujours à l'explosion de l'aliénation et jamais elle n'est le produit de la psychose épisodique ou complicante. Cette idée délirante fait partie de l'alcoolisme même ; elle en est le stigmate dans le cadre de ses symptômes psychiques, et son origine est primaire.

Cependant, à l'occasion, elle peut s'appuyer et être alimentée par des hallucinations et des illusions dont le sujet correspond au délire. Mais celles-ci n'ont qu'une importance secondaire et n'appartiennent qu'aux épisodes d'ivresse, d'émotion et de délire.

La question de savoir quel est le mode d'origine de cette idée délirante, est difficile à résoudre.

On pourrait rattacher son origine à des changements des sentiments et des facultés dans le domaine sexuel.

Seul un examen minutieux psychique et physique, examen complété par les renseignements fournis par l'épouse sur les modalités des rapports sexuels, pourrait faire la lumière sur la pathogénie de cette idée délirante.

Il faut tenir compte de ce que l'abus alcoolique produit au commencement et pendant longtemps un effet aphrodisiaque temporaire, et qu'il augmente l'excitabilité et l'excitation des centres génitaux, jusqu'au moment où, en vertu de la loi physiologique, une phase terminale d'épuisement et de déclin de la fonction apparaît.

Dans une série des cas que j'ai eu l'occasion d'approfondir, l'hyperesthésie sexuelle existait de tout temps. La grandeur anormale du besoin sexuel a été encore augmentée dans la première période de l'alcoolisme, mais, lors de l'exécution du coït, le sujet ne se trouvait pas satisfait, la sensation voluptueuse qu'il avait coutume d'éprouver ne se produisant pas.

Ajoutons encore que l'épouse souvent ne se prête qu'à contre-cœur à l'accomplissement du devoir conjugal et que le coït avec une épouse frigide ne satisfait pas moralement non plus l'époux.

Les causes de la frigiditas uxoris sont : son âge avancé, son aversion

pour l'homme brutal et grossier qui vit avec elle en dispute continuelle, la bat et lui demande souvent le coït en état d'ivresse ; l'aversion pour le coït qui par suite d'une éjaculation tardive pathologique est trop souvent demandé et devient désagréable et douloureux pour la femme.

A une période plus avancée de l'alcoolisme, l'impuissance absolue ou relative de l'homme peut avoir une influence importante.

Tels sont les éléments psychico-physiques qui provoquent la manie jalouse combinatoire aussitôt qu'un certain degré de faiblesse intellectuelle et éthique s'est produit au cours de l'alcoolisme.

L'homme brutal, irascible, psychiquement affaibli, qui d'ailleurs vit déjà en mauvaise intelligence avec sa femme, cherche et trouve la cause de sa non-satisfaction sexuelle dans l'infidélité de son épouse. Puis, par des combinaisons fausses, l'idée délirante se consolide et s'élargit.

Les enfants ne ressemblent pas au père, par conséquent c'est un autre qui les a faits ; dans le ménage on se prive de tout (parce que l'homme dépense tout en boisson) : par conséquent la femme infidèle porte de l'argent et des aliments à ses amants ; la femme soigne sa mise (pour des raisons bien innocentes) : par conséquent elle veut plaire aux autres ; elle ne se prête qu'à contre cœur au devoir conjugal : parce qu'elle dépense avec d'autres ses ardeurs et ses forces sexuelles ; elle a un malaise gynécologique : cela vient de rapports illicites ; sur son linge il y a des taches de sperme (flueurs), etc.

Ce sont là les bases essentielles du délire combinatoire. Seulement, pendant les émotions, l'ivresse ou le délire occasionnel, le malade a des perceptions illusoires ou hallucinatoires (regards amoureux et propos obscènes de l'épouse, la voir in flagranti, la surprendre à un rendez-vous (erreur de personnes), etc.)

La faiblesse psychique et éthique de l'ivrogne explique le fait qu'il prend souvent le père, le frère, le fils, etc., de sa femme pour ses souteneurs.

2° A côté des phénomènes psychiques apparaissent des troubles sensoriels comme premiers symptômes de l'alcoolisme chronique. Ils se rapportent en majeure partie à des troubles de la circulation dans le cerveau (hyperhémies chroniques) et se manifestent sous forme de mal de tête, de vertige, de lourdeur de tête, d'indisposition intellectuelle, de confusion dans l'esprit, d'embarras, de sommeil agité avec songes pénibles et terrifiants.

3° Les appareils des sens présentent des troubles importants qui peuvent en partie être ramenés à des troubles de la circulation dans ces appareils ; ils se manifestent au début par des hyperesthésies et par des sensations élémentaires subjectives allant jusqu'aux hallucinations, plus tard par des anesthésies.

Le sens de la vue et le sens olfactif sont surtout affectés ; en seconde ligne le sens de l'audition.

Les fantasmes consistent en mouches volantes, étincelles, flammes, bruissements, tintements, sifflements. Souvent ils marchent de pair avec une hyperesthésie acoustique prononcée.

Ces fantômes et ces bruits donnent souvent lieu au développement d'illusions que parfois on décrit faussement comme des hallucinations.

De véritables hallucinations se rencontrent aussi, d'abord immédiatement avant que le malade s'endorme, plus tard épisodiquement, et parci par-là au cours de la maladie, après les influences débilitantes (manque d'alcool, sommeil troublé, alimentation insuffisante, etc.).

La plus grande partie sont causées par l'anémie des appareils sensoriels centraux ; elles se rencontrent presque exclusivement dans le domaine du sens visuel, rarement dans celui de l'audition, et ont généralement un caractère terrifiant et de nature à provoquer l'angoisse (masques horribles, figures de spectres, animaux)[1].

Un de mes malades, pendant longtemps, au moment de s'endormir, voyait des hommes vêtus en gendarmes et armés de bayonnettes. Ils lui demandaient son nom et ensuite ils le sommaient de leur donner son argent. Plus tard ils le persécutaient aussi dans la rue en le suivant pendant la journée partout où il allait, de sorte qu'il s'adressa à la police pour être protégé.

Des illusions aussi se produisent : tout d'un coup l'entourage apparaît noir, avec des formes défigurées, transformé en diables ou en animaux.

Au cours de la maladie l'amblyopie peut se produire ainsi que l'a démontré entre autres Galezowski. Elle apparaît brusquement ; l'acuité de la vue baisse considérablement. Les malades deviennent myopes ; ils voient mieux le soir.

Parfois, par suite de l'état spasmodique du muscle d'accommodation, il se produit de la diplopie et de la polyopie ; souvent on observe aussi de la dischromatopsie temporaire. Les pupilles sont dilatées et souvent inégales.

A l'ophtalmoscope aucune constatation, tout au plus on note de l'œdème de la rétine avec artères très contractées.

Le trouble de la vue peut disparaître au bout de quelques mois, si le malade renonce à l'abus de l'alcool.

Comme les malades ne satisfont guère à cette exigence, il se produit dans la plupart des cas une atrophie des nerfs optiques, une amaurose.

4° Chez les alcooliques l'intégrité des fonctions motrices est atteinte de bonne heure.

Le trouble le plus important, le plus fréquent, le premier et le plus durable, c'est le trémor des muscles volontaires.

Il est surtout prononcé à la langue, aux lèvres, à la figure et aux mains. Mais passagèrement ce trémor peut devenir universel et, en augmentant, devenir un spasme clonique. On observe assez souvent aussi du nystagmus.

Un fait très important pour ce trémor alcoolique, c'est que, outre sa forme et son mode d'extension, il est plus marqué pendant l'état de sobriété et il s'atténue aussitôt que le malade boit de l'alcool.

Souvent, par suite de l'augmentation de l'excitabilité réflexe de la moelle spinale, des convulsions générales et des crampes locales dans les jarrets se

[1] Ces fantômes sont généralement multiples (animaux fantastiques, assassins brandissant leurs poignards, etc.).

produisent dès le commencement de la maladie. Elles se manifestent surtout au moment où l'individu est sur le point de s'endormir et elles sont avec les fantômes la cause principale que les malades s'endorment difficilement.

Aux stades avancés de l'alcoolisme chronique des phénomènes parétiques se produisent dans le domaine du nerf facial ainsi qu'aux extrémités. Les mains deviennent sans force, les genoux fléchissent, la démarche devient vacillante. La cause de ces troubles des mouvements n'a pas encore pu être établie, mais pour un certain nombre de cas elle provient d'une maladie des nerfs périphériques (polynévrite).

5° Parmi les phénomènes fréquents de l'alcoolisme chronique avancé sont les troubles sensitifs.

Au début il s'agit d'hyperesthésies et de névralgies. Les premières peuvent être cutanées ou musculaires. Magnus Huss donne même la description d'une forme hyperesthésique spéciale de l'alcoolisme chronique. Cependant, dans la plupart des cas, les hyperesthésies ne sont pas générales, mais limitées à certaines extrémités; grâce à l'irritabilité augmentée des appareils réflexes de la moelle épinière, elles font éclater des convulsions spasmodiques semblables aux décharges électriques fulgurantes, ainsi que des crampes toniques dans les muscles des jarrets.

Dans les stades terminaux de l'alcoolisme chronique, on observe des analgésies et des anesthésies.

Elles se limitent dans la plupart des cas aux avant-bras ou seulement aux doigts ou aux extrémités inférieures jusqu'aux genoux, mais elles peuvent aussi atteindre le torse. Magnan a fait connaître une forme particulièrement grave de l'anesthésie : l'hémianesthésie des ivrognes.

Parfois aussi on a constaté un ralentissement de la perception avec sensation intacte.

Ces différentes sensations altérées sont souvent interprétées faussement et d'une manière allégorique par la conscience obnubilée; par-là elles constituent la base des conceptions délirantes. Ainsi les douleurs névralgiques fulgurantes mènent parfois à l'illusion qu'on est torturé par l'électricité; les sensations paralgiques et hyperesthésiques mènent à l'idée que des serpents et des insectes rampent sur la peau, ce qui fait que ces malades essuient sans cesse leur peau, secouent leurs vêtements, etc.

6° Chez les alcooliques il se produit de bonne heure des troubles de la circulation dans tout le domaine vasculaire, en dehors des troubles de circulation causés par l'artério-sclérose, le cœur gras, etc. Une paralysie vasculaire se développe et se manifeste surtout par la dilatation des vaisseaux et le ralentissement de la circulation à la figure, ce qui avec l'obstruction lymphatique, amène des troubles de nutrition de la peau (acné rosacée); en même temps le pouls est souvent ralenti.

Le cerveau affaibli, parésié dans son tonus vasculaire et devenu incapable de résistance aux fluxions, supporte avec le temps de moins en moins l'alcool, et des accès alcooliques très relatifs provoquent aussitôt des hyperhémies fluxionnaires avec phénomènes de pression et d'irritation.

7° Un phénomène qui se produit très tôt chez les alcooliques, c'est la

baisse du libido sexualis et de la puissance sexuelle, baisse qui peut aller jusqu'à l'impuissance complète.

8° Les troubles profonds produits sur les organes végétatifs par l'abus continu de l'alcool se manifestent par un senium précoce, spécialement par des troubles de nutrition et de circulation qui produisent l'athérome des artères, la paralysie vasculaire, le cœur gras, le catarrhe gastrique, la dégénérescence du foie et des reins.

La peau flétrie, pâle, de teinte mauvaise, l'anémie cutanée à côté des ectasies capillaires et des stases veineuses, les yeux fatigués avec pupilles généralement dilatées, le regard sans expression, la mine démente avec l'innervation irrégulière de la face et pouvant aller jusqu'aux parésies, l'attitude molle, vacillante de tout l'individu, dénotent la dégénérescence psychique et somatique de l'alcoolique.

La marche de l'alcoolisme chronique est progressive jusqu'aux stades extrêmes de la décadence psychique et physique : stupidité, parésie et marasme végétatif.

L'ivrogne arrive rarement à ces stades terminaux, car les maladies des organes végétatifs, spécialement la cirrhose du foie, l'hydropisie, l'urémie, les attaques apoplectiques et épileptiques, les affections inflammatoires aiguës, notamment celle des poumons, le delirium tremens, etc., mettent avant le temps fin à ses jours.

Toute maladie un peu grave de l'ivrogne, même une simple bronchite, peut devenir fatale et prend tout de suite un caractère adynamique.

Le pronostic de l'alcoolisme chronique est généralement défavorable; car ce n'est que rarement que le malade peut être détourné de la pente fatale où il glisse; avec les meilleures intentions il n'arrive guère de lui-même à renoncer à son vice.

La thérapeutique doit être d'abord causale. L'abstention de l'alcool est impossible dans le traitement à domicile. On ne peut l'obtenir que dans les hôpitaux, notamment dans les asiles d'aliénés. Dans certains pays qui sont particulièrement désolés par la plaie de l'alcoolisme on a commencé à construire des asiles[1] spéciaux pour les ivrognes. Ils constituent un véritable bienfait pour les individus ainsi que pour la société, diminuent le nombre des accidents et des crimes, amènent des guérisons auxquelles on ne s'attendait pas chez des ivrognes profondément dégénérés; ils ont encore cet important avantage de préserver de la transmission de l'infirmité alcoolique par la génération.

La création de semblables asiles dans les pays civilisés ne saurait être assez recommandée. La contrainte et l'isolement appliqués aux ivrogues sont légitimes quand on se place sur le terrain clinique et qu'on pèse les bienfaits qui en résultent pour ces individus dépourvus de libre arbitre, irresponsables, et au cerveau malade; mais, comme actuellement ces asiles nous manquent encore, les cas les plus graves d'alcoolisme sont envoyés dans les asiles d'aliénés auxquels ils n'appartiennent pas de droit, mais

[1] V. Baer, *Op. cit.*, p. 506.

seulement pendant les périodes d'agitation intercurrente, et d'où on les renvoie après la complication passée pour récidiver peu de temps après leur libération.

Le seul remède c'est le séjour prolongé dans les asiles où tout ce qui est alcool est prohibé et où le malade est systématiquement déshabitué de ce stimulant.

Nous ne mentionnons qu'en passant les cures d'eau-de-vie en partie nuisibles en partie inutiles tentées avec la teinture de quinquina, l'acide sulfurique ou même l'émétique et qui, dans la pratique privée, sont prescrites souvent et sans résultat pour combattre ce vice.

Un fait très important pour le médecin praticien, c'est que les interventions qui affaiblissent provoquent facilement des complications, notamment du delirium tremens, et que les maladies aiguës prennent un caractère asthénique pernicieux.

Observation LXXVII. — *Alcoolisme chronique avec symptômes très prononcés de dégénérescence morale et psychique (Inhumanitas et ferocitas ebriosa). Blessure faite à l'épouse par le mari en état d'ivresse et d'émotion.* — Hilz, cinquante ans, propriétaire foncier, né de parents qui étaient adonnés à la boisson. De treize enfants issus de cette union il n'y en a que deux (!) qui soient encore en vie. Ce sont des hommes violents, brutaux et adonnés à la boisson.

Depuis sa jeunesse le malade fut potator strenuus.

En 1871, lorsqu'il épousa une femme qui ne jouissait pas de la meilleure réputation, il était déjà déconsidéré au point de vue éthique et intellectuel. Dans les dernières années il se livra de plus en plus à la consommation de l'eau-de-vie. A partir de cette époque ses forces intellectuelles et physiques baissèrent rapidement. Le malade tombait moralement de plus en plus bas, tenait les propos les plus orduriers, appelait devant tout le monde sa femme putain, lui passait la main sous les jupons, invitait d'autres personnes à se servir d'elle puisque son libido sexualis et sa puissance baissaient de plus en plus. Il traitait les servantes avec brutalité, se livrait même à des voies de fait sur elles.

Il négligeait ses affaires, flânait dans les cabarets, ne dégrisait presque jamais, buvait même la nuit du quetsch quand il se réveillait, de sorte que le matin il ne pouvait plus se tenir sur ses jambes par suite d'ivresse. Il était frappé lui-même du fait que sa mémoire avait diminué notamment pour les événements du passé le plus récent et qu'il supportait de moins en moins l'alcool.

Le malade devenait de plus en plus brutal, irascible et agité. Quand il avait bu, il avait une impulsion à tout briser. Ses états d'ivresse prenaient de plus en plus des allures pathologiques. Il criait, injuriait, pleurait sans raison, parlait d'une manière incohérente, cassait tout ce qui lui tombait sous les mains, menaçait son entourage avec des couteaux et un revolver, de sorte que tout le monde en était terrorisé.

Depuis quelques années des troubles sensoriels et sensitifs se présentaient la nuit quand il voulait s'endormir et le matin quand il se réveillait. Le lit dansait avec lui, il voyait des formes noires chevaucher et aller en voiture dans les airs, voyait voler en l'air dans la chambre des oiseaux, des souris, des rats, des chiens et des chats. En même temps il éprouvait un bruissement, un bourdonnement dans les oreilles, entendait des cris confus et avait beaucoup de peine à reconnaître que tout cela n'était qu'une illusion. Le sommeil était mauvais ; quand il se réveillait, il était presque toujours couvert de sueur.

En descendant du lit, il avait un vertige si violent qu'il était obligé de s'appuyer des deux mains ; il avait en outre mal à la tête ; vomissements de glaires visqueuses et tremblement général au point qu'il ne pouvait pas porter sa cuillère à sa bouche ; s'il buvait de nouveau de l'alcool, il se sentait mieux et le tremblement disparaissait.

Le 29 décembre 1874, il absorba beaucoup d'eau-de-vie au cours de la journée ; il paraissait agité, coléreux, violent, ivre. L'après-midi, en rentrant à la maison, il demanda du lait caillé à sa femme. Comme elle n'en avait pas de tout prêt à sa disposition, il se mit dans une colère violente, tira deux coups de revolver dans le mur, et comme sa femme voulait le calmer, il lui logea une balle dans le corps. Quand elle s'affaissa, il reprit ses sens, fut très effrayé et voulut se pendre.

Plus tard il ne se rappelait son acte que comme un rêve. Il voulait évidemment faire peur à sa femme, mais il n'avait pas l'intention de la tuer.

A la prison préventive, H... se présente comme un homme profondément atteint au point de vue éthique et intellectuel. Il ne prend pas grand souci de son avenir, n'éprouve aucun repentir de ce qu'il a fait. La mine est morose, abrutie ; la langue, saburrale, tremble ; la peau est fanée, d'un jaune sale, la musculature lâche, la figure rouge ; les capillaires sont élargis, les yeux cerclés, la région faciale gauche est moins innervée que la droite. Les mains et les extrémités inférieures présentent un léger trémor. La sensibilité ne présente aucun trouble.

Le pouls est rare, petit, lent ; les bruits du cœur sont sourds, la circonférence du cœur est un peu augmentée, le foie saille au-dessous de l'arc costal. L'appétit est mauvais, les selles paresseuses. Le malade se plaint de lourdeurs de tête, de vertiges, de maux de tête, de bruissements dans les oreilles, notamment le matin. Catarrhe bronchique chronique. Le sommeil est mauvais, troublé par des tressaillements fréquents et par des rêves terrifiants.

La renonciation forcée à l'alcool pendant sa détention et plus tard à l'asile d'aliénés produisit une amélioration sur ses organes profondément endommagés ; mais le malade resta affaibli éthiquement et intellectuellement, incapable de se diriger lui-même ; tout essai pour lui laisser un peu plus de liberté amenait de nouveaux excès.

Comme preuve de l'absence de sens moral chez le malade, il suffit de citer le fait qu'un jour, sa femme étant venue lui faire une visite et l'avait emmené promener, il lui demanda le coït sur la chaussée où il y avait beaucoup de passants, ne voyant aucun inconvénient dans le choix de cet endroit public ni dans la présence du gardien !

Sur le terrain clinique de l'alcoolisme chronique on rencontre une série d'affections du cerveau intercurrentes et complicantes qui sont d'une grande importance.

Il faut citer : 1° le delirium tremens ; 2° l'illusion ébrieuse ; 3° les psychoses alcooliques ; 4° l'épilepsie alcoolique.

I. — Delirium tremens [1].

Le delirium tremens est une des affections intercurrentes les plus importantes et les plus fréquentes de l'alcoolisme chronique.

[1] Littérature : Sutton traduit par Heinken, 1820. — Barkhausen. *Bemerkungen über den Säuferwahnsinn*, Brême, 1828. — Goeden, *De del. trem.*, Berlin, 1825. — Martini, *Beitrag. z. praktischen Heilkunde*. 1836, t. III. — V. Franque, *De del. trem.*, Munich, 1859. — Foville, *Arch. gén.*, 1867. — Lasègue, *Ibid.*, 1869. — Rose, *Op. cit.* — Magnan. *Op. cit.* — Sander, *Arch. f. Psych*, 1868, et *Psych. Correspondenzblatt*, 1877, 8, 9.

Ainsi que l'indique déjà son nom, les phénomènes principaux consistent en délire et en trémor. Comme autres symptômes ne manquant jamais, on peut encore citer l'insomnie et les hallucinations.

La maladie n'éclate que chez les individus qui se livrent habituellement à la consommation exagérée de l'alcool et qui présentent déjà plus ou moins les symptômes de l'alcoolisme chronique ; un excès alcoolique isolé, quelque intense qu'il soit, n'amène pas de delirium tremens.

Si la maladie cérébrale qui est la base de l'alcoolisme chronique, crée la prédisposition pour l'apparition du delirium tremens, on peut cependant citer une série de causes accidentelles qui en amènent l'explosion. Ces causes ont toutes le même effet : elles constituent un élément d'affaiblissement pour le cerveau déjà affaibli et devenu incapable de résistance. Comme causes accidentelles les plus importantes on doit citer : les excès alcooliques accumulés (a potu nimio), privation de l'alcool devenu un stimulant habituel (a potu intermisso), alimentation insuffisante par défaut de nourriture ou à la suite d'une accentuation du catarrhe chronique de l'estomac, violentes émotions morales, maladies graves, surtout les pneumonies, diarrhées profuses, suppurations, pertes de sang, veilles, maladies douloureuses et blessures, notamment fractures osseuses.

L'explosion du delirium tremens n'est jamais brusque. Comme prodromes il y a souvent : des états gastriques, de l'insomnie avec hallucinations terrifiantes ou un sommeil agité par des rêves anxieux et de fréquents soubresauts, morosité, irritabilité, oppression dans le creux épigastrique allant jusqu'à une violente angoisse précordiale, tintements d'oreilles, bruits, hyperesthésies du nerf acoustique et du nerf optique, mal de tête, vertige, inquiétude nerveuse, léger tremor des mains et de la langue.

La durée de ce stade d'incubation peut s'étendre jusqu'à douze jours.

Le paroxysme proprement dit consiste en une série de troubles des fonctions psychiques, motrices et végétatives. Par suite de l'insomnie prolongée, de l'agitation psychique, des fréquents tressaillements, de l'irritabilité sensorielle et morale croissantes, des troubles dans l'opération de la pensée, troubles que le malade dépeint comme une incapacité à rallier ses idées, comme une confusion échevelée dans sa tête, il se produit une obnubilation de la conscience suivie de délire. La conscience est toujours superficielle, crépusculaire, comme dans l'état somnambulique, et ce qui caractérise en quelque sorte ces états, c'est que par une apostrophe énergique on peut momentanément amener le malade à faire des réponses justes pour retomber aussitôt après dans son délire.

Le délire consiste surtout en hallucinations. Les malades se croient souvent au cabaret, commandent des consommations, ou bien ils croient être à leurs affaires et font les efforts de ces occupations imaginaires.

Les hallucinations qui, au début, se montrent dans le domaine du sens visuel et quand il fait nuit, et qui plus tard se présentent aussi dans la journée, sont surtout de nature terrifiante et consistent de préférence en visions d'animaux; ce ne sont pas des animaux isolés que le malade voit,

mais des troupeaux entiers de chevaux, de chiens, de rats, de souris, etc. Ils prennent des attitudes agressives, grouillent autour de lui, cherchent à le bousculer, s'élancent contre lui, aboient après lui. En même temps il voit des figures fantastiques, grimaçantes, de vilains masques, mais toujours en foule.

Les sensations hyperesthétiques et paralgiques éveillent chez le malade la perception illusoire de crapauds, de serpents, de vers, d'araignées sur sa peau, et c'est ce qui produit le tiraillement continuel des couvertures du lit, ce frottement de la peau qu'on observe ordinairement à l'acmé de la maladie. Des furoncles, des blessures, etc., sont souvent, conformément au sens du délire, pris pour des morsures d'animaux, des tentatives d'assassinat, etc.

Toutes ces hallucinations de la vue se produisent en grand nombre dans l'obscurité et se produisent souvent encore pendant la période de convalescence, aussitôt que le malade, qui ne délire plus, ferme les yeux.

Au cours du délire, des hallucinations auditives peuvent aussi apparaître sous forme de bruits confus, de bruissements, ou de voix tenant des propos terrifiants, souvent obscènes; cependant, comparativement aux hallucinations de la vue qui dominent la scène, elles ont un caractère épisodique.

Ce sont essentiellement ces hallucinations qui mettent le malade dans une agitation continuelle et même le font tomber dans le délire élémentaire de persécution. Souvent il s'agit aussi d'illusions : les taches, les fissures, les dessins des tapis ou des meubles sont pris pour des animaux, etc. A l'acmé de la maladie, les personnes de l'entourage sont méconnues dans le sens du délire.

Par suite du caractère terrifiant et menaçant des hallucinations et des perceptions, l'individu peut être entraîné à se livrer à des tentatives contre sa propre vie ou à des actes de violence contre son entourage.

Souvent un délire d'empoisonnement accompagné d'un refus temporaire de nourriture se produit comme conséquence d'un catarrhe simultané de l'estomac et de la bouche.

Les troubles moteurs consistent en un trémor qui se manifeste surtout aux doigts et à la langue, mais qui souvent s'étend aussi aux muscles de la figure et aux extrémités, et qui, en s'accentuant, peut devenir un tremblement spasmodique général. La démarche du malade est chancelante, irrégulière, mal assurée. La sensibilité à la douleur est souvent supprimée; des états d'analgésie peuvent alterner avec des états d'hyperesthésie.

L'excitabilité réflexe est souvent accentuée. Il se produit une agitation continue et sans but, des convulsions, des mouvements des extrémités allant jusqu'aux spasmes cloniques partiels ou généraux. Le pouls est fréquent, atteint 100 pulsations et même plus, la respiration est accélérée. La sécrétion sudorale est habituellement profuse, l'urine diminuée de quantité, concentrée, d'un grand poids spécifique, et contient souvent une quantité considérable d'albumine. Les selles sont arrêtées. Des complications gastriques se rencontrent régulièrement.

A l'acmé de la maladie, le sommeil manque complètement.

Le delirium tremens est, par lui-même, une maladie sans fièvre, cependant souvent il y a ici, comme en général dans les névroses graves, des hausses brusques et très considérables de la température; ces augmentations de chaleur, s'il n'y a pas de maladies complicantes des organes végétatifs, ne peuvent être attribuées qu'aux anomalies d'innervation des centres qui régularisent la chaleur dans le cerveau.

Magnan a décrit ces états sous le nom de delirium tremens fébrile et, les considérant comme une forme particulièrement grave, il les a opposés au delirium afébrile. Ce dernier peut se produire aussi sous la forme primaire. Dans le premier des spasmes épileptiques partiels cloniques et généraux se présentent souvent. La chaleur du corps monte rapidement et atteint jusqu'à 43°. La mort est le dénouement presque régulier de ce délire fébrile que, pour ma part et d'accord avec Schüle (*Manuel*, p. 317), je ne classerais pas cliniquement dans la catégorie du delirium tremens mais dans celle du delirium acutum.

Le delirium tremens prend souvent un caractère adynamique. Le pouls devient mou, petit; les bruits du cœur deviennent sourds au point que le premier disparaît; le malade transpire abondamment; le délire devient mussitant, rarement furieux, avec soubresauts des tendons, carphologie; la langue devient sèche et fuligineuse; la conscience s'éteint complètement et arrive même à l'état de sopor.

La durée du delirium tremens est en moyenne de trois à huit jours, mais il y a souvent des rechutes qui prolongent la maladie pendant plusieurs semaines. La marche est rémittente, exacerbante.

Le delirium tremens est une maladie grave qui dans 15 p. 100 des cas a une terminaison fatale. Le danger de la maladie réside dans la possibilité de l'épuisement, des complications cérébrales (œdème, délire aigu) et des maladies végétatives, notamment des pneumonies hypostatiques.

Les terminaisons du delirium tremens sont : la mort ou par épuisement ou par des complications parmi lesquelles il faut surtout craindre l'œdème cérébral avec convulsions ; ensuite le passage à l'état chronique (délire d'inanition), à une aliénation chronique, la guérison. Cette dernière peut avoir lieu presque critiquement par un sommeil profond et quand il s'agit de cas légers ; dans la plupart des cas, le malade ne se remet que successivement par le fait que la jactance et le délire restent au second plan et que des entr'actes de sommeil de plusieurs heures s'intercalent. Il traverse alors un stade de prostration physique et psychique (obnubilation de la conscience jusqu'au stupor, faiblesse de la perception) dans lequel le délire peut encore persister sans être rectifié et des hallucinations surgir encore de temps en temps. Avec le temps le malade reconnaît la nature de ces dernières et elles ne lui sont plus un sujet d'alarme. Les psychoses qu'on rencontre consécutivement au delirium tremens sont : la vésanie, les états de stupeur prolongés, ensuite les mélancolies et les manies. Elles ne se distinguent des autres psychoses, dues aux influences débilitantes, que par les traces de l'alcoolisme chronique et par la persis-

tance des hallucinations apparues à la période du delirium tremens. Dans les cas de delirium tremens à dénouement fatal, on rencontre, en dehors des altérations particulières à l'alcoolisme chronique (obnubilations, obstructions lymphatiques de la pie-mère, etc.), des hyperhémies veineuses et de l'œdème dans la pie-mère et dans le cerveau.

La thérapeutique[1] du delirium tremens doit tout d'abord tenir compte de l'indication causale et ensuite de l'indication symptomatique.

Au point de vue de la cause, c'est la prophylaxie qui a la plus grande importance. Les médecins des hôpitaux publics et des prisons ont souvent l'occasion de la pratiquer. Si l'individu qu'on a reçu est un ivrogne, il ne faut pas lui retirer complètement son stimulant accoutumé, l'alcool, ou du moins il ne faut pas manquer de lui prescrire de l'alcool aussitôt qu'il existe une maladie grave ou qu'on se trouve en présence d'une des causes occasionnelles du délire dont nous avons parlé.

Ajoutons encore à cela la précaution de ne pas traiter par les affaiblissants (saignées, drastiques, etc.) toute maladie grave ou douloureuse, toute lésion chez un ivrogne ; au contraire, il faut dans ces circonstances s'en tenir à un régime tonique, diététique et médicamenteux.

Comme dans les circonstances que nous venons de signaler, tout ivrogne est menacé du danger imminent d'une explosion de delirium tremens, il faut bien faire attention aux symptômes d'incubation qui pourraient se présenter, notamment à l'insomnie. Il faut alors immédiatement lui opposer les hypnotiques (opium avec ou sans spiritueux, hydrate de chloral avec ou sans morphine, paraldéhyde, hydrate d'amylène, sulfonal).

Les indications pour le traitement de la maladie quand elle a éclaté se résument en deux points : éviter toutes les interventions affaiblissantes, amener le sommeil aussi promptement que possible.

La première de ces deux indications est justifiée par le caractère nettement asthénique de ce délire d'inanition ainsi que par les tristes résultats de l'ancienne thérapeutique affaiblissante ; la seconde indication résulte de l'expérience qui nous montre que le délire disparaît aussitôt que le malade tombe dans un sommeil réparateur profond et prolongé.

Dans le choix de l'hypnotique approprié, il faut suivre le système individualisant; il faut tenir compte de l'état général, des complications qui pourraient exister (fièvre, maladies inflammatoires), notamment de l'état du cœur (dégénérescence graisseuse, faiblesse du cœur).

Sous ce rapport on peut classer les cas en trois groupes :

1° Il s'agit d'un premier accès, d'individus jeunes et forts, sans cœur gras, ni artériosclérose, en général sans symptômes d'alcoolisme chronique avancé, sans complications ni fièvre. L'hydrate de chloral est indiqué avec ou sans morphine, avec le vin à doses médicinales. De petites doses (chloral : 1 à 1gr,5 ; morphine : 0,01) mais souvent répétées (toutes les trois ou quatre heures) sont d'après mon expérience personnelle préférables aux grosses doses données à intervalles éloignés.

[1] Rose, *Op. cit.*, p. 101. — Fürstner, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34, fasc. 2.

Si le cas doit être influencé par le chloral, son effet hypnotique se montre ordinairement après la deuxième ou la troisième dose. Parfois il manque son effet et augmente même l'excitation. Alors les grosses doses même continues ne servent à rien, et paraissent même dangereuses.

Un moyen dont l'action est presque aussi vigoureuse que celle du chloral, qui n'agit pas aussi promptement, mais qui, en revanche, est moins dangereux et manque rarement son effet, c'est l'opium dont l'emploi est si répandu. A la clinique nous préférons l'usage sous-cutané à l'usage interne; le dosage est plus exact; de plus, l'absorption par l'estomac paraît fort problématique et est insuffisante, étant donné le catarrhe gastrique souvent très avancé qui existe dans l'alcoolisme chronique; on a observé que des doses énormes d'opium sont supportées et même nécessaires chez ces malades.

Avec la méthode sous-cutanée on évite aussi l'action irritante qu'exerce l'opium donné à l'intérieur et qui est de nature à aggraver le catarrhe gastrique; c'est un avantage important pour le malade pour qui une rapide convalescence ainsi que la suppression des rechutes dépendent essentiellement de la façon dont s'accomplissent la digestion et le travail d'assimilation.

On injecte 0,03 d'extrait aqueux d'opium comme dose initiale et on répète l'injection toutes les trois ou quatre heures jusqu'à ce que le sommeil se produise. Si la méthode sous-cutanée est impossible (pour les praticiens de province), il faut le donner autant que possible sous forme de lavements ou de suppositoires.

Il y a encore une règle très importante à observer : c'est de ne pas supprimer immédiatement l'usage de l'opium aussitôt que l'effet hypnotique est produit, autrement des rechutes et des récidives se produiraient facilement. Le danger de ces dernières sera considérablement diminué si, après le sommeil critique, on continue pendant quelques jours encore le traitement opiacé à petites doses de 0,01 à 0,02, notamment le soir, même après l'entrée en convalescence.

2° Un deuxième groupe est caractérisé par la présence de complications (pneumonie, lésions graves) ou bien aussi par le fait qu'il y a de la fièvre, même quand ces complications n'existent pas. Cette fièvre doit être considérée comme un symptôme névrotique et assombrit considérablement le pronostic, ainsi que Magnan l'a remarqué très justement. Dans ce groupe, il peut en outre s'agir d'individus présentant des phénomènes de marasme alcoolique avancé avec dégénérescence graisseuse des organes, notamment du cœur, et avec des symptômes de faiblesse du cœur (bruits du cœur sourds, choc du cœur faible, fréquence du pouls augmentée, artères peu tendues). Le chloral, étant un poison cardiaque qui, par la moelle allongée, peut provoquer une paralysie du cœur, est absolument contre-indiqué dans ces cas.

C'est l'usage de l'opium qui est indiqué, car il ne présente aucun danger si l'on combat en même temps le danger de faiblesse du cœur en employant les excitants, de préférence le vin ou les spiritueux à doses pas trop petites et au besoin l'éther acétique ou la liqueur ammoniacale anisée.

La thérapeutique hypnotique peut dans ce cas être exagérée si le médecin surveille soigneusement l'activité du cœur et qu'avec les doses d'opium il augmente en même temps celle de l'excitant.

La paraldéhyde (jusqu'à 12 grammes par jour) et l'hydrate d'amylène sont aussi indiqués dans ce cas.

3° Un troisième groupe comprend les cas, dans lesquels parce qu'on a laissé traîner la maladie, par suite de complication graves, par suite de fièvre accentuée, d'alcoolisme avancé, de rechutes réitérées du délire, le malade tombe pendant le traitement dans un état adynamique prononcé, avec trouble grave de l'intelligence, avec langue fuligineuse, traits tirés, délires mussitants, carphologie, subsultus tendinum, faiblesse du cœur, pouls faible et d'une fréquence dépassant 120, etc. Dans ces cas il n'y a rien à espérer des narcotiques ; leur emploi est même dangereux. Seul un traitement fortifiant, résolument analeptique, est capable de sauver la vie du malade gravement menacée. Le meilleur hypnotique et le meilleur calmant est dans ce cas le vin riche en alcool et donné à doses moyennes. Si l'action du cœur devient insuffisante, il faut donner du camphre ou du musc. Si le sopor se produit, les embrocations froides dans un bassin sec constituent un bon moyen. Si l'on réussit à conjurer le danger menaçant la vie, on institue avec les précautions recommandées pour le groupe 2, un traitement opiacé ou avec la paraldéhyde.

A côté des efforts pour obtenir un sommeil réparateur, l'indication la plus importante est d'avoir soin que le malade soit aussi bien nourri que possible pendant le delirium tremens. L'état de l'estomac rend cette tâche diététique assez difficile. A l'acmé de la maladie la nourriture lactée est la plus avantageuse ; le meilleur, c'est de donner du lait avec de l'eau de Seltz ou avec une eau acidulée naturelle. Si le malade court risque de s'épuiser par sa jactance ou en quittant continuellement son lit, le repos forcé au lit (dans les cas graves) avec légère coercition devient inévitable. Le caractère dangereux des malades, dangereux pour eux-mêmes ainsi que pour leur entourage, nécessite leur isolement dans des chambres bien chauffées et une surveillance étroite. De nombreux accidents rendent cette mesure indispensable. Je ne cite à l'appui que le cas qui s'est produit il y a plusieurs années à l'hôpital de la Charité à Berlin, où un délirant a enfoncé le crâne de ses voisins, pendant l'absence momentanée du garde-malade.

La place des délirants n'est pas dans les établissements d'aliénés. Toute commune de quelque importance, notamment dans le pays viticoles, devrait avoir son cabanon de délirants.

Quand le malade entre en convalescence, l'entretien d'un sommeil suffisant et le rétablissement de la nutrition, de même que la suppression du catarrhe de l'estomac, constituent la tâche la plus importante. A côté des moyens diététiques, des préparations de quinquina, de préférence la décoction de quinquina avec de l'acide muriatique, sont très utiles, ensuite les injections sous-cutanées de nitrate de strychnine (0,001), deux ou trois fois par jour.

Observation LXXVIII. *Delirium tremens. Traitement par la morphine et le chloral.*— Schwartz, trente-deux ans, ouvrier, sans tare, autrefois toujours bien portant, depuis des années potator de vin et de bière, se sentit le 17 août, après s'être livré à de forts excès d'alcool, las, déprimé, sans appétit, dormit mal, eut des songes terrifiants et de fréquents soubresauts. Par suite d'une angoisse précordiale croissante, il fit le 26 août de grands excès d'eau-de-vie. La nuit suivante il fut pris d'une angoisse encore plus vive, il voyait son logement en proie aux flammes qui léchaient déjà son lit. Il était comme paralysé de peur. Alors vinrent des diables et de grands scarabées à formes étranges qui faisaient autour de lui une sarabande. Il sentait aussi qu'ils le piquaient et le mordaient. La chambre s'emplit d'une légion de voleurs, de brigands et d'hommes en caoutchouc. De peur il se cacha sous son lit. Le 27 il entendit aussi des voix terrifiantes. Talonné par la peur il erra à tort et à travers ; il n'avait pas de sommeil.

Lors de sa réception, le 2 septembre, il n'a pas de fièvre, congestif, bouleversé de peur ; il tremble comme la feuille du peuplier, voit des animaux en masse et entend des voix terrifiantes. C'est un homme vigoureux, de grande taille. Sauf un catarrhe de l'estomac et un gonflement du foie, il ne présente pas de troubles végétatifs. Pouls à 70, lent. Le malade prend 2 grammes de chloral avec 1 centigramme de morphine.

Dans la nuit du 2 au 3 il dort et alors il est débarrassé de ses hallucinations de la vue. Mais il souffre encore d'hallucinations de l'ouïe. Des voix connues et étrangères le traitent de mauvais sujet, lui reprochent de ne pas avoir de pénis, ni de chemise. Par suite du traitement morphino-chloralé les nuits sont bonnes.

Le 6 septembre les voix aussi cessent et il ne les entend finalement qu'au moment de s'endormir. Le malade est maintenant lucide, reconnaît son état, se remet, mais pendant quelques jours il se sent encore faible, déprimé, et importuné par des tintements d'oreilles. Le 16 septembre il est renvoyé guéri.

Observation LXXIX. *Delirium tremens passant à l'état de delirium acutum.* — Ehreich, quarante-deux ans, brasseur, né d'une mère ivrogne, aurait, dit-on, lui-même consommé par jour 10 à 15 litres et présenté depuis longtemps des symptômes d'alcoolisme chronique. Au commencement du mois de mars il fut reçu à l'hôpital pour cause d'hypopyon et de catarrhe de l'estomac. Depuis son entrée à l'hôpital il était sans sommeil.

Le 23, l'hypopyon a été ponctué. Dans la nuit du 23 au 24, le malade devint anxieux, agité, arracha le bandage et commença à voir un grand nombre de chiens, de chats, de souris, de rats. Il s'enfuit de l'hôpital en chemise et en caleçon. Ramené, il était très anxieux, agité, inconstant, avait des visions d'animaux, tremblait de tout son corps. Pouls à 108. Température : 37°,5. Au cours de la journée le malade prend 0 gr, 18 d'extrait d'opium en injections ; il dort sans interruption.

Le 25 au matin, délire furieux, visions d'incendies, trouble profond de l'intelligence. Pouls à 130. Température : 38°,2. Le malade prend un demi-litre de vin et 0 gr, 25 d'extrait aqueux d'opium. Il dort pendant quelques heures ; en dehors de ce temps il est en jactance et en proie à une inquiétude instinctive, anxieuse.

Le 26, nuit sans sommeil et avec des délires terrifiants. Des convulsions musculaires se produisent ; l'excitabilité reflexe est augmentée ; sécrétion de sueur profuse. L'intelligence est profondément troublée. Les pupilles sont d'une largeur moyenne, sans réaction, la langue est sale, sèche. Pouls à 130, facile à supprimer ; bruits du cœur faibles.

On supprime l'opium qu'on remplace par l'acétate de zinc, 9 grammes dans 300 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Le malade reçoit une plus grande ration de vin.

Le 27, nuit sans sommeil, avec délire et jactance. Le matin le malade commence à tourner par obsession autour de son axe longitudinal, à frapper le sol avec sa tête, à grimacer, à crier, à trépigner et à sauter. Ces mouvements contraints qu'on peut rapporter à une profonde excitation cérébrale deviennent de plus en plus frappants. Souvent le malade s'élance comme un poisson bondissant hors de l'eau, ronfle, fait claquer sa langue, souffle bruyamment, sort la langue, écarquille les yeux et grimace violemment. En l'approchant ou en le touchant on provoque ou on accentue ces mouvements. Sa conscience se trouve en état somnambulique prononcé ; il est baigné de sueur. Pouls à 130. Température : 40 à 41°. La teinte fluxionnaire de la figure, observée jusque-là, fait place de plus en plus à une teinte cyanotique. Les bruits du cœur deviennent faibles, le pouls est à peine perceptible au toucher (camphre, solution ammoniacale anisée). La langue est sèche comme du cuir, la déglutition est presque impossible, par suite de l'irradiation de l'excitation. La respiration devient irrégulière et interrompue. Des décharges motrices furieuses reviennent comme par assauts. Dans les intervalles il y a sopor avec respiration stertoreuse. Dans l'après-midi le malade tombe en catalepsie, le pouls ne peut plus se compter. Mort à 11 heures et demie.

L'autopsie a fourni les renseignements suivants : crâne modérément compact, riche en sang. Sinus remplis de sang liquide de couleur foncée. Pie-mère épaissie à la convexité, un peu trouble à la base, en partie sous forme de stries blanchâtres le long des vaisseaux, en partie sous forme de petits points et de taches diffuses. Veines de la pie-mère très dilatées, gorgées de sang. Cerveau gonflé, rempli de sang. La substance corticale, sauf la couche la plus externe, est d'un rouge foncé. Cavités cérébrales très élargies, remplies de sérum clair. Ependyme épaissi, visqueux. Moelle allongée très rouge. Poumons hyperhémiés dans les parties inférieures, œdémateux dans les autres parties. Cœur couleur jaune graisseux, mou. Foie veineux, hyperhémié. Reins légèrement atrophiés, granulés, jaune graisseux dans la substance corticale. Diagnostic anatomique : hyperhémie cérébrale, hydrocéphalie chronique des potators.

II. — Hallucinations ébrieuses

(sensuum fallacia ebriosa)[1]

La grande prédisposition des ivrognes aux hallucinations, notamment à celles de la vue, est connue. Ordinairement elles n'apparaissent que d'une manière tout à fait élémentaire et fragmentaire dans le tableau de la maladie; dans quelques cas rares elles se montrent accumulées et comme reliées pour former un délire hallucinatoire qui alors a un caractère tout à fait transitoire et dure rarement au delà de quelques heures.

Les excès d'alcool accumulés et la colère peuvent provoquer ce délire.

Les éléments du délire sont des hallucinations de la vue et de l'ouïe; elles ont un caractère terrifiant. En même temps il y a des bruits (bruits confus, bruissements) et de l'angoisse précordiale. La conscience est un peu crépusculaire, comme dans un songe, et ne permet pas au malade de reconnaître la véritable nature de ses hallucinations, mais n'exclut point un

[1] Cohen v. Baren, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 3. — Clarus, *Beiträge*, 1828, p. 132.

souvenir sommaire des incidents de la maladie. Des actes de violence graves contre le monde extérieur que les hallucinations et les illusions présentent à la conscience sous une forme travestie, peuvent se produire facilement.

Observation LXXX. *Hallucinations ébrieuses. Homicide commis sur l'épouse.* — Samsa, trente-six ans, de même que sa femme potator excessif de vin et d'eau-de-vie, souffrait depuis des années de manque de sommeil, de lourdeurs de tête, de tremblements, de vomissements, de maux de tête, de vertiges le matin à son réveil. Il était devenu de plus en plus brutal, irascible; il avait souvent maltraité sa femme et l'avait même menacée de la tuer.

Du 1er au 8 décembre le couple aurait consommé ensemble 12 pintes d'eau-de-vie et aurait été presque toujours ivre pendant cette période. Du 8 au 16 décembre, S... fut atteint de delirium tremens (il avait une peur terrible, voyait des processions d'hommes, des brigands, des saints, des anges, le Christ, des animaux; il entendait de la musique).

A partir du 16 décembre jusqu'au 4 janvier, S... n'eut pas d'hallucinations, c'est vrai, mais il se sentait faible, tremblant, incapable de travail; il avait un brouillard devant les yeux, dormait mal, avait des cauchemars dans lesquels il voyait des brigands qui voulaient entrer par la fenêtre, il se sentait pris de vertige, abasourdi, sans appétit, souffrait de bourdonnements d'oreilles.

Le 4 janvier il amena son fils chez des parents qui demeuraient à deux heures de chemin de son domicile; là il but environ un litre de vin et en revenant il but encore en route deux à trois quarts de litre. Quand il sortit du cabaret, il sentit sa tête en feu; il ne savait plus ce qu'il faisait, il se voyait entouré d'une foule de chevaux, de bœufs, de filles; pris d'une peur terrible, il se sauva à toutes jambes et ne rentra qu'après plusieurs heures tout épuisé à la maison. Il avait un peu recouvré ses sens, causa avec sa femme, but encore un peu de vin et se coucha pour dormir. Quelques moments après, S... fut réveillé brusquement par un bruit confus de cris humains qu'il entendit; il vit la fenêtre avec des brigands qui avaient braqué leurs fusils sur lui, ensuite un brouillard tomba sur ses yeux.

Pris d'une frayeur terrible, il sauta du lit et puis, plus mort de peur que vif, il saisit un fusil chargé. Alors sa conscience s'obnubila encore davantage; il se souvient seulement qu'il entendit une faible détonation, qu'il vit ensuite à la fenêtre deux anges jaune rougeâtre et que, lorsqu'il s'approcha de cette apparition, il trouva sa femme gisant à terre dans son sang. Alors il ouvrit violemment la porte qui donnait dans la chambre des servantes, cria au secours, disant que sa femme s'était tuée d'un coup de fusil. Les servantes avaient entendu une dispute, après quoi tout serait redevenu calme. Un moment après elles entendirent trois coups sourds, puis ces paroles prononcées par la femme : « Jésus ! Victor, que fais-tu, tu es donc fou ! » Là-dessus le coup de fusil retentit. La balle avait traversé la tête et, au bout de quelques minutes, la femme expira.

S... croyait que sa femme s'était brûlé la cervelle elle-même. Il se lamentait, courait à droite et à gauche, et fit sur son entourage l'impression d'un malade. On craignait qu'il ne mît fin à ses jours. Les gendarmes, arrivés à une heure et demie, le trouvèrent plus calme, un peu anxieux. Dans l'interrogatoire, il prétendit que sa femme s'était suicidée. Son attitude sans gêne et indifférente était frappante.

S... a le teint livide; les veines de sa figure sont dilatées, ses yeux cerclés, ses paupières œdémateuses, sa face est boursouflée, sa marche hésitante, ses mains sont tremblantes, son sommeil est agité et troublé par des rêves. L'examen physique fait

constater un gonflement de la rate et du foie, ainsi qu'un catarrhe gastrique. S... se plaint d'avoir la tête lourde, des maux de tête, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges. Il est souvent pris d'angoisse précordiale, entend la nuit la musique d'un orgue de Barbarie, se parle beaucoup à lui-même et souvent aussi il a des tressaillements.

Pendant la journée, il était taciturne, plongé dans ses idées, apathique, ne manifestant ni repentir ni aucune autre émotion. Une faiblesse de la mémoire et une débilité intellectuelle existaient chez lui d'une façon manifeste et incontestable. Au commencement, S... soutenait encore que sa femme s'était suicidée ; il n'avait qu'un souvenir très sommaire des incidents de la nuit funeste.

A la fin du mois de février, il se sentit mieux ; il se souvint alors de son passé halluciné, commença à avoir des doutes sur le suicide de sa femme et à supposer qu'il l'avait tuée, pris d'angoisse et de trouble ébrieux. Peu à peu il arriva à éclaircir sa situation, et il ne présentait plus rien de pathologique, sauf un léger affaiblissement de l'intelligence, un pouls monocrotone, lent, un léger tremor des mains, un sommeil agité. Ses malaises subjectifs se bornaient à des bourdonnements d'oreilles et à une faiblesse de la mémoire; en outre, il ne pouvait plus supporter même de petites quantités de vin; cela lui faisait, dit-il, un « si étrange effet » dans la tête.

III. — Psychoses alcooliques [1]

Les formes complètes de la maladie psychique se rencontrent souvent chez les ivrognes. Toutes ces maladies n'ont pas un cachet spécifique. Ainsi on observe des mélancolies et des manies qui ne diffèrent des autres mélancolies et manies que par le fait que leur base organique leur donne un caractère idiopathique plus grave. Les mélancolies présentent pour la grande majorité un caractère de stupeur; les manies sont pour la plupart violemment congestives avec trouble grave de l'intelligence ou bien elles se présentent sous la forme d'une folie raisonnante.

Mais, à côté de ces formes, il y a encore, sur la base de l'alcoolisme chronique, des psychoses qui sont aussi spécifiques que le delirium tremens, qui ne sont jamais provoquées par un seul excès d'alcool isolé, quelque fort qu'il soit, mais qui se produisent même tout à fait indépendamment des excès, par suite d'une cause accessoire somatique ou psychique agissant sur le cerveau ébranlé de l'ivrogne invétéré.

Ces psychoses alcooliques spécifiques sont :

1. — *Mélancolie alcoolique* [2].

Elle est caractérisée par une explosion brusque, par une marche aiguë qui, dans la plupart des cas, ne dure que huit à dix jours, rarement quelques semaines, par une obnubilation considérable de la conscience,

[1] Littérature : Marcel, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, Paris, 1847. — Leidesdorf, *Wien. Zeitschr. d. Gesellsch. d. Aerzte*, 1854. — Calmeil, *Gaz. des hôp.*, 1856. 76. — Haberkorn, *Alkoholmissbrauch und Psychosen Dissert.*, 1859. — Dagonet, *Traité des mal. ment.*, p. 577.

[2] Comparez : Lükhen, *Schmidts Jahrbuch*, 1876, n° 11.

par des hallucinations nombreuses, une violente angoisse précordiale pouvant aller jusqu'à la panphobie, par le raptus mélancolique et les tentatives de suicide, par la terminaison prompte avec souvenir très sommaire qui donne au malade l'illusion d'avoir eu un mauvais rêve.

Etant donné le trouble de l'intelligence et la marche aiguë de la maladie, il est rare que des délires systématiques se développent et que le malade arrive à les motiver par une accusation formulée contre lui-même; cela pourrait tout au plus avoir lieu dans les cas qui se prolongent. Les hallucinations accumulées, notamment dans les émotions d'attente anxieuse, sont en partie des voix accusatrices (assassin, voleur, accusations sexuelles, comme d'être vénérien, menaces de mort et de prison), en partie des visions (formes blanches, diables, fantômes, masques hideux, animaux presque toujours en grand nombre). Ces dernières sont plutôt épisodiques et ne sont pas utilisées pour le délire.

Au point de vue somatique, il y a dans la plupart des cas des phénomènes de l'intoxication alcoolique aiguë ou de l'alcoolisme chronique, des maux de tête, des fluxions violentes et de l'insomnie. Les causes les plus fréquentes sont les émotions morales, surtout la terreur et les excès alcooliques. Le pronostic est très favorable.

Au point de vue thérapeutique, l'opium est aussi efficace contre l'insomnie et l'angoisse qu'il l'est dans le cas de delirium tremens. Dans les cas de fluxions nous recommandons les bains avec compresses de glace; si l'activité du cœur est augmentée, l'emploi de la digitale sera utile.

Observation LXXXI. *Mélancolie alcoolique.* — G..., quarante-neuf ans, marié, patron boulanger, eut pour père un ivrogne, était lui-même fort adonné à la boisson. Dans ces dernières années il était devenu irascible; dans ces derniers mois, son sommeil était agité et le matin il avait souvent des tremblements. Au mois d'avril et de mai il eut beaucoup d'affaires et de tracas à cause de l'achat d'un immeuble. Le 7 mai, effroi terrible à l'occasion d'un feu de cheminée. Après cet incident, il perdit le sommeil, devint anxieux, errabond, profondément déprimé, déclara être un grand criminel, avoir assassiné son enfant, avoir le cœur dur comme une pierre, être indigne d'avoir sa femme auprès de lui et mériter la prison. Il présentait une violente fluxion à la tête, du trémor des mains; il voyait, le 9 et le 10 mai, par moments, des rats et des souris en foule, ne dormait pas, était très agité, anxieux, s'entendait accuser d'avoir fauté sexuellement avec des filles, d'avoir bu du sang d'enfants et d'être destiné, pour ce motif, à une condamnation infamante. Il s'attendait à ce que le bourreau vînt le chercher; il était dans une angoisse mortelle, de sorte qu'on dut l'amener à la clinique le 16 mai 1880.

Le malade est considérablement troublé dans son intelligence, il est anxieux, délirant, a de nombreuses hallucinations de la vue et de l'ouïe, voit des brigands, des diables, entend des voix qui l'injurient, qui lui disent qu'il est un individu ignoble, un chien, qu'il a masturbé et séduit des filles innocentes, commis des actes de sodomie, qu'il doit être brûlé sur le bûcher. Il se déclare coupable; il a mené une vie immorale, il a comparé de hauts personnages à des animaux et il attend une mort infâme.

Le malade est de taille moyenne; graisse très abondante; le pouls est petit, à 120, la température à 37°, les bruits du cœur sourds, les mains et la langue tremblantes,

la tête chaude et congestionnée. Il s'assoupit, mais bientôt il est brusquement réveillé par des rêves terrifiants. Passagèrement il a de la panphobie et des émotions de désespoir. Sous l'action de l'opium et du vin le sommeil se produit. Le 18 au matin, les congestions et l'angoisse s'atténuent un peu. Le malade rapporte qu'il a vu du feu et des animaux. Il a été aussi au ciel, ensuite il a plané en l'air comme un oiseau de proie et en volant il s'était accroché à une flèche d'église. Il est descendu sur terre trop tard pour pouvoir empêcher un terrible malheur. Quand il réussit enfin à se dégager, le ciel était déjà tombé par terre. Il a mis toute la ville en feu, rendu malheureux une foule de gens, emmené une foule d'enfants ligotés et fait dérailler des trains de chemin de fer. Il entend toujours des voix lui disant qu'il devrait demander pardon à Dieu, mais il ne peut pas faire sa prière, il y a une confusion terrible dans sa tête. Il doit avoir un sosie, être composé de deux personnalités ; il entend toujours sa propre voix et l'autre accomplit tous les actes pour lui. Avec son imagination il parcourt à tort et à travers toute la maison.

Par suite du traitement avec l'opium (deux fois par jour, 0,15 en injection sous-cutanée), le malade devient plus calme, dort longtemps et se remet au physique.

Jusqu'à la fin du mois de mai, il demeure cependant anxieux, embarrassé, halluciné, bouleversé. Les gens disent du mal de lui, le regardent en le menaçant par la fenêtre de sa chambre. Il lui semble qu'on lui a déjà enlevé les mains et les pieds. Son sosie a assassiné des empereurs et des rois, et voilà que c'est à lui qu'on attribue la culpabilité de tous ces forfaits. A l'occasion il prend un autre malade pour le bon Dieu qui lui fait des reproches et qui l'appelle menteur. Un autre malade lui semble être l'empereur de Russie et alors il craint d'être pris à son tour pour un nihiliste et d'être puni. Il se plaint d'avoir la tête remplie de terribles idées qu'il ne peut chasser par aucun moyen. Souvent il lui semble que tout cela n'est qu'illusion, maladie, mais il n'y peut rien faire.

Le 2 juin, après quelques bonnes nuits, les hallucinations cessent. Le malade commence, après y avoir été aidé, à prendre connaissance de sa maladie. Parfois il est encore importuné par des illusions terrifiantes. Pendant quelque temps il reste épuisé, dort beaucoup et se remet rapidement sous l'action des toniques et des frictions.

Le 26 juin, lorsqu'on établit le status retrospectivus, il raconte que le 9 mai la maladie l'aurait pris tout d'un coup par des symptômes de vive angoisse et de confusion. Il avait l'impression que Dieu en personne le jugeait et prononçait sa sentence. A partir de ce temps il n'a eu que peu de moments lucides, il avait pris les gens de l'entourage tantôt pour des êtres terribles, tantôt pour des divinités et il croyait avoir assassiné sa femme et sa fille. Ce fut comme si on lui enlevait un voile quand, à leur visite, le 4 juin, il les revit vivantes. Il n'a qu'un souvenir très vague de tous les incidents de la maladie.

Le 30 juin, G... fut renvoyé guéri.

2. — *Mania gravis potatorum*[1].

Le tableau maniaque spécial qui se développe sur le terrain de l'alcoolisme chronique concorde en beaucoup de points avec celui que d'autres auteurs ont décrit sous le nom de mania ambitiosa, congestiva, gravis (Schüle). Je

[1] Comparez : Marcé, *Traité des mal. ment.*, p. 477. — Dagonet, *Traité*, p. 580. — Foville, *La folie des grandeurs*, Paris, 1871. — Schüle, *Handb.*, 3e édit., p. 106. — Lövenhardt, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 25. — Zenker, *Ibid.*, 33 — Stöltzner, *Irrenfreund*, 1877, 8.

ne l'ai rencontrée que sur la base de l'alcoolisme chronique et je trouve dans le groupement des symptômes, dans le détail et dans l'évolution, des particularités qui me la font considérer comme une forme spécifique. Jamais ce tableau n'est précédé par un stade prodromique mélancolique. L'explosion est brusque avec des phénomènes congestifs bien distincts, ou bien ressemble à l'agitation maniaque initiale de la démence paralytique, à cette différence près que la faiblesse psychique n'apparaît pas aussi nettement dans la mania gravis.

Les phénomènes du début sont : irritabilité croissante, changement du caractère, fluxions, sommeil troublé et parfois insomnie complète, inconstance, penchant au vagabondage et aux excès alcooliques réitérés. Une augmentation considérable de l'opinion de soi-même se montre de bonne heure. La maladie atteint rapidement la hauteur de la folie furieuse ou elle y arrive en passant par un stade d'agitation maniaque. Cette agitation se distingue de l'exaltation maniaque bénigne par la grande augmentation du sentiment de soi-même, la grande irritabilité du malade qui l'entraîne aux plus violentes brutalités contre son entourage, par la vantardise, la manie de faire des achats et du gaspillage, le vagabondage, un manque d'égards brutal, souvent aussi par un érotisme qui fait que le malade s'attaque même à ses propres filles et en pleine rue. Ici encore le délire des grandeurs se développe bientôt.

A l'acmé de la folie furieuse, la grande confusion, le trouble de l'intelligence, l'irascibilité, l'énorme confiance en soi-même et les actes moteurs presque exclusivement instinctifs, ensuite une salivation fréquente, le tremor des lèvres et de la langue, la parésie faciale, le myosis ou inégalité des pupilles, les troubles d'élocution par ataxie labiale, indiquent la nature organique très grave du processus.

Il s'y ajoute encore du délire des grandeurs qui, en ce qui concerne son énormité, atteint celui du paralytique, sans être cependant aussi étrange ni aussi varié que chez ce dernier. Il est dans la majeure partie des cas de nature religieuse. Les malades déclarent être Dieu, le Christ; dans d'autres cas, ils sont empereurs, très riches, etc.

Parfois un délire de persécution, notamment un délire d'empoisonnement, se développe aussi ou bien le malade présente le délire d'infidélité conjugale. A l'acmé de la maladie, il y a des hallucinations en foule, et en première ligne presque exclusivement des hallucinations visuelles (diables, anges, personnes divines, le paradis), en seconde ligne des hallucinations de l'ouïe sur des sujets analogues.

Les actes de la folie furieuse se distinguent par une brutalité excessive et par l'impulsion à la destruction, par les hurlements, les cris, la rage, le barbouillement, la destruction; des accès de folie furieuse se montrent passagèrement et épisodiquement.

Au point de vue somatique il y a dans la plupart des cas une fluxion très prononcée et de l'insomnie. Au stade de l'acmé, la marche de la maladie est exacerbante et rémittente. Dans les rémissions on a le tableau de l'exaltation maniaque avec le maintien du délire des grandeurs, avec la

manie à collectionner, l'impulsion à s'occuper, impulsion dont les vêtements et la literie sont les victimes ; mais souvent c'est le tableau de l'épuisement psychique qui prédomine.

L'acmé de la maladie dure en moyenne quelques semaines. Dans les cas favorables, le sommeil et une diminution de l'agitation font leur apparition. Les rémissions deviennent plus profondes, la frénésie passe par un stade de manie coléreuse qui est suivi d'un état de faiblesse psychique avec des phénomènes qui sont les derniers échos de l'exaltation maniaque et ont les allures d'une moria et un cachet raisonnant, ou bien par un état de profond épuisement intellectuel avec brutalité et irascibilité démentes avant d'arriver à la guérison.

Il se peut cependant qu'à l'acmé de la maladie l'état s'accentue jusqu'au delirium acutum et que le malade meure rapidement.

Autrement la maladie passe à l'état chronique : l'agitation fait place à une faiblesse intellectuelle croissante; les émotions prennent de ce fait un caractère puéril et impuissant, tombent brusquement de la hauteur du délire des grandeurs aux pleurs enfantins. Parfois des accès de frénésie et de colère explosive ou simplement congestifs se montrent encore. Dans la période qui suit, le trouble profond des centres psychiques et moteurs se manifeste de plus en plus nettement par les actes de destruction, de déchirement, le barbouillement avec des excréments, actes continuels, instinctifs et sans aucun but.

Le délire des grandeurs s'efface de plus en plus, se fragmente, les émotions disparaissent ou réapparaissent sous forme d'une manifestation enfantine inepte. La guérison est encore possible même dans ce stade, seulement l'organe psychique gravement atteint n'en sort plus intact, mais défectueux, affaibli psychiquement et très excitable en présence des influences alcooliques et émotives. Dans la plupart des cas, la maladie aboutit à un processus de dégénérescence profonde du cerveau, à la démence progressive avec impulsions à la destruction tout à fait instinctives. En même temps il y a une baisse rapide de la nutrition, un pouls lent, monocrote, les bruits du cœur sont sourds, les artères peu tendues, la température subnormale ; puis viennent des furoncles, des phlegmons que le malade provoque en se barbouillant et en fouillant dans la paille et qui ne peuvent guérir complètement. Il se produit des paralysies faciales, une inégalité des pupilles, des transpirations hémilatérales, de la lourdeur et de l'incertitude dans les mouvements des extrémités.

La mort a lieu après un délai d'un mois ou d'un an par suite du décubitus, des diarrhées colliquatives, des pneumonies hypostatiques, et trouve le malade dans le marasme intellectuel et physique.

Le pronostic est douteux. Dans la moitié des cas, mais seulement au premier stade, la guérison se produit assez souvent, il est vrai, en laissant une défectuosité psychique.

Dans les cas avancés. l'autopsie constate : de l'hyperostose cranienne avec atrophie du diploé, de l'anémie de la pie-mère troublée par l'engorgement lymphatique, de l'œdème du cerveau, et de plus un commen-

cement d'atrophie (rétrécissement des circonvolutions); les orifices vasculaires sont béants dans le cerveau, très dilatés, les ventricules un peu dilatés avec épendyme granuleux.

Au début et à l'acmé, le tableau de la maladie présente les signes d'une hyperhémie vaso-parétique et dans ce stade la guérison est encore possible. Avec la marche progressive de la maladie, il arrive que des éléments du sang émigrent dans les espaces périvasculaires, qu'il y ait engorgement lymphatique et métamorphoses régressives du cerveau.

Dans les premiers stades, les bains prolongés avec des compresses de glace, les injections d'opium et d'ergotine sont recommandables; dans le cas où l'activité du cœur monte considérablement, c'est la digitale qu'on peut recommander. Lors de la transition au stade secondaire, c'est le traitement fortifiant, l'opium, le quinquina qui sont tout indiqués. Dans les stades terminaux, le repos au lit, la chaleur, les stimulants de la circulation, la bonne nourriture et la lutte contre le decubitus sont nécessaires.

Observation LXXXII. — *Mania gravis potatorum. Marche prolongée. Guérison.* — Hermann, cinquante-cinq ans, né d'un père ivrogne. Un frère était atteint de mélancolie alcoolique. Le malade était adonné dès sa jeunesse à l'abus des spiritueux, notamment du vin et du rhum; il a eu trois courts accès de folie furieuse : le premier il y a trente ans, le second il y a vingt-cinq ans, et le troisième il y a douze ans. Dans ces dernières années il a beaucoup bu et présenté des phénomènes manifestes d'alcoolisme chronique.

Depuis l'automne de 1873 il était devenu de plus en plus irascible, agité, inconstant, et dormait mal la nuit. Après des excès alcooliques accumulés la folie furieuse éclata brusquement dans les derniers jours du mois de septembre et l'amena le 7 octobre 1873 à l'asile.

Le malade se trouvait momentanément en rémission; il arriva comme un triomphateur, se tenant debout sur un chariot à ridelles, devant lui un valet qu'il voulait livrer à la justice pour l'avoir maltraité : c'est sous ce prétexte qu'on l'avait attiré à la maison des aliénés.

Il se déclara empereur et pape, raconta ses visions dans lesquelles Dieu et le Christ lui étaient apparus : il les avait vus dans les nuages et il avait entendu une musique ravissante. Le malade présente une grande poussée d'idées, passe en parlant d'un sujet à mille autres, a une haute opinion de lui-même. Le pouls est fréquent, la tête congestionnée. Léger emphysème pulmonaire.

Le 9, le tableau pathologique s'élève de nouveau à la hauteur de la folie furieuse. Insomnie, grande confusion de l'intelligence, visions de la sainte Vierge, voix des parents. Le malade rage, démolit, se barbouille, ne tolère pas d'habits sur son corps.

Les bains avec épithèmes, l'opium (0gr,15 jusqu'à deux fois par jour) restent sans effet. Vers le milieu du mois d'octobre la folie furieuse rétrograde et baisse jusqu'au niveau d'une exaltation maniaque. L'intelligence s'élucide, les idées délirantes et les hallucinations disparaissent.

Grande excitabilité, exaltation dans l'éloge et dans le blâme, alternance des états d'esprit, faiblesse émotive au point que le malade peut être touché aux larmes par une lecture, d'autre part explosions de colère d'une intensité et d'une durée inquiétantes pendant lesquelles il veut se suicider, brûler la cervelle aux médecins : tels sont avec le mauvais sommeil et les phénomènes congestifs les symptômes les plus

importants de la maladie. Avec les injections de morphine, les émotions de colère disparaissent. Le malade devient calme, mais il présente des défectuosités considérables au point de vue éthique et intellectuel. Il est sans consistance, importun, bavard, enfantin, un paillasse et un diseur de propos obscènes et, pour peu qu'on lui laisse la moindre liberté, il est très porté aux excès alcooliques.

Un trait de folie raisonnante consiste en ce que le malade est capable d'alléguer toutes sortes de prétextes et de motifs pour excuser sa conduite.

Au cours de l'été 1874 cet état de faiblesse mentale disparait lentement et il ne reste que des phénomènes d'excitabilité et une légère faiblesse éthique et intellectuelle, de sorte que le 15 septembre on a pu renvoyer le malade guéri et avec une pleine connaissance de sa maladie.

Observation LXXXIII. *Mania gravis potatorum. Mort.* — Stick, trente-six ans, journalier, a une sœur aliénée. Dès sa jeunesse il s'est livré à la boisson, avait de grands besoins sexuels, était mauvais sujet et au besoin commettait des vols pour se procurer les moyens de boire. Pris en flagrant délit de vol avec effraction, il y a quinze ans, il reçut des coups très graves avec blessure à la tête. Il fut toujours très emporté, brusque; il se maria, il y a neuf ans, procréa 5 enfants dont 4 moururent peu de temps après leur naissance. Depuis des années une irritabilité et une brutalité excessives s'étaient développées en même temps que d'autres symptômes d'alcoolisme chronique.

Vers le milieu du mois d'août 1873 le malade perdit le sommeil, devint inconstant, vendait sa petite propriété pour un prix dérisoire, ne travaillait plus, battait sa femme et menaçait de mettre le feu dans la maison quand elle lui faisait des observations; il parlait à tort et à travers, vantait sa force, sa richesse, voulait agrandir considérablement sa fortune par de riches mariages et des entreprises commerciales, poursuivait de ses assiduités les femmes dans la rue.

Lors de sa réception à l'asile, il présentait un grand trouble de l'intelligence, une inquiétude instinctive; il voulait aveuglément s'éloigner et se mettait à démolir et à frapper autour de lui lorsqu'on ne voulait pas le laisser partir. Il vantait sa puissance sexuelle, prétendait être énormément riche; il épousera, dit-il, plusieurs belles femmes. Grande faiblesse psychique. Idées sans cohésion et sans motivation.

Le malade présente l'habitus d'un ivrogne : figure boursouflée avec les vaisseaux dilatés, yeux cerclés, mine confuse, innervation faciale inégale, tremor des lèvres et des mains. Artères rigides, pouls fort, sautillant, à 96 et montant à 130 pulsations quand le malade marche. Le choc du cœur est en dehors de la ligne mamillaire. Ventricule gauche agrandi; au lieu du second son dans le ventricule gauche et dans l'aorte il y a un bruit de souffle.

Le malade n'a pas de sommeil; il chante, siffle, démolit instinctivement tout ce qui lui tombe sous les mains, fouille dans la paille, vante sa force énorme, dit qu'il pourrait renverser de sa main 30 wagons de chemin de fer, arrêter un train en pleine marche. Cette force immense lui vient de Dieu. Grands revirements d'humeur, la plupart du temps gaie, épisodiquement avec emportements de colère; le malade tombe brusquement de la hauteur d'une émotion joyeuse avec chant du *Te Deum* à des pleurs enfantins et parle de se pendre. Toute sa manie porte le cachet d'une faiblesse et d'une incohérence psychiques qu'indiquent aussi ses émotions puériles.

Le malade reste toujours sans sommeil, ni la digitale, ni l'opium, ni la morphine, ni le chloral, ni le vin, la bière, l'eau-de-vie ne produisent d'effets notables.

Il se démène inconsciemment, tape sur la porte, se barbouille, déchire d'une manière vraiment impulsive. Son délire des grandeurs (il a une origine divine, il est Dieu lui-même, préfet, président, le premier homme du monde) devient de

plus en plus incohérent, de plus en plus envahi par la démence, finalement il est refoulé et fait place à une humeur gaie, enfantine, qui constitue un contraste criant avec la décadence intellectuelle de l'individu. Au mois de décembre la décadence se fait sentir aussi au physique. Les températures subnormales (36°) se produisent, le pouls devient petit, à 60, faible; on observe des accès de transpiration hémilatérale dans la région du sympathique gauche au cou, avec dilatation des vaisseaux, élévation de la température dans le côté correspondant de la tête.

La pupille gauche devient plus large, le facial gauche est moins innervé; il se produit de la diarrhée et de légers phénomènes de collapsus, une baisse considérable de la nutrition et une anémie progressive. (Repos au lit, vin, eau-de-vie.) Le malade devient de plus en plus dément; la démence garde un caractère gai; il se croit au ciel, il est aussi bien portant que les anges du ciel. Quand il n'est pas au lit, il se démène inconsciemment, se barbouille, déchire tout ce qui lui tombe sous les mains, a la manie de collectionner, mange des chiffons de toile, avale le contenu des crachoirs. La décadence progresse. Décubitus; mort le 4 juillet 1879.

Autopsie. — Crâne avec hyperostose, sutures complètes, hydrocéphalie externe. Trouble laiteux diffus, épaississement de la pie-mère dans la région frontale et occipitale. Pie-mère œdémateuse, anémiée. Les vaisseaux de la base ont des parois rigides, athéromateuses, épaissies. La surface du cerveau est gonflée, les circonvolutions sont aplaties, l'écorce cérébrale est verdâtre. Le cerveau est anémié, œdémateux, le calibre des vaisseaux est fortement dilaté. Les ventricules sont très dilatés, remplis de sérum clair. L'épendyme est visqueux, épaissi; absence de granulations.

Poumons œdémateux; dans le lobe supérieur du poumon droit hépatisation flasque. Le ventricule gauche est très hypertrophié (épaisseur de 3 centim.); myocarde pâle, légèrement graisseux. Valvules de l'aorte rétrécies, épaissies. Aorte dilatée; parois rigides par suite d'athérome. Reins veineux, hyperhémiés.

3. — *Vésanie* [1].

C'est un trouble assez fréquent, reconnaissable à des signes spécifiques que Marcel a déjà décrits et que Nasse a très bien décrit comme « délire de persécution des buveurs aliénés ».

Une particularité digne d'être remarquée en première ligne, c'est la courte durée du stade d'incubation, notée déjà par Nasse, et qui consiste en maux de tête, vertiges, en un sommeil troublé et en phénomènes fluxionnaires; un autre fait notable, c'est le caractère généralement brusque de l'explosion de la psychose proprement dite avec apparition des hallucinations terrifiantes, notamment celles de l'ouïe. Dans le tableau de la maladie elle-même il faut relever les hallucinations de la vision qui manquent rarement dans ce cas. Elles sont utilisées pour alimenter le délire et ont une certaine persistance. Elles ont pour objet des sujets terrifiants et mènent à une peur violente, réactive. En même temps des formes fantastiques et des visions d'animaux de nature inoffensive peuvent faire leur apparition. Les hallucinations du goût et de l'odorat sont rares. Elles ont aussi comme les autres un sujet désagréable et engendrent le délire de l'empoisonnement. Les plus importantes sont les hallucinations auditives.

[1] Marcel, *Op. cit.* — Legrand du Saulle, *Le délire des persécutions*, Paris, 1871. — Nasse, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 34, fasc. 3.

Elles sont avec une fréquence surprenante de nature obscène : les malades entendent des remarques de dénigrement sur l'état de leurs parties génitales (pas de pénis, trop petit membre, impuissance) ou des accusations ou des menaces concernant leur vie sexuelle (pédéraste, sodomiste, séducteur d'enfants, onaniste, vénérien, castration imminente, etc.).

Les délires sont des délires de persécution et des grandeurs. Les premiers sont les plus importants et sont primaires. Ces délires aussi sont souvent de nature sexuelle et roulent sur l'illusion d'une infidélité conjugale originaire ou la conduite indécente des gens de l'entourage ; ils peuvent encore présenter d'autres délires de persécution (menaces de mort, victime des voleurs, etc.) avec hallucinations correspondantes (criminels, exécution capitale imminente, etc.). Ce sont surtout les états paralgiques et hyperesthésiques, si fréquents dans l'alcoolisme chronique, qui peuvent mener à l'illusion de la persécution physique (électricité, etc.).

Immédiatement après les délires de persécution et les hallucinations, il se produit souvent des accès d'angoisse réactive violente. Ces malades, ainsi que l'a déjà constaté Nasse, se distinguent encore par une absence frappante des émotions.

Des délires des grandeurs peuvent se montrer épisodiquement dès le début, mais ils ne se produisent qu'au cours de la maladie et conjointement avec les hallucinations correspondantes. Ils ont pour sujet une grande fortune, une position princière, etc. (Ainsi un de mes malades a reçu du bon Dieu la communication qu'il sera nommé bourgmestre.) Plus rarement que ne l'a constaté Nasse, j'ai observé des délires de nature religieuse (illusion d'être le Christ). Les troubles somatiques qui accompagnent cet état appartiennent à l'alcoolisme chronique. La marche est rapide et aboutit ou à la guérison ou à des états terminaux de faiblesse psychique. Le pronostic est bon pour les cas à marche aiguë ; il est douteux pour ceux qui prennent une forme chronique. Dans la plupart de ces derniers on n'a obtenu qu'une guérison laissant une défectuosité (faiblesse psychique persistant avec une reconnaissance incomplète de la maladie après que les idées délirantes et les hallucinations ont disparu) ; cependant les guérisons complètes ne sont pas impossibles.

Observation LXXXIV. *Délire alcoolique de persécution.* — Wittmer, trente-trois ans, employé, né de parents sains, s'est bien développé, était bien doué intellectuellement et exempt de maladies physiques. Depuis dix ans, il a consommé de l'alcool avec excès (du vin et de la bière) et mangé irrégulièrement. Depuis quelques années, il ne pouvait plus supporter ni l'alcool, ni la chaleur du soleil ; depuis le commencement de l'année 1881, il souffrait de maux d'estomac, vomitus matutinus, tremblement en se levant le matin. L'été de 1881, il fit une chute en trébuchant contre un tronc d'arbre ; il perdit connaissance. Une heure après cette chute, il s'évanouit et fut ensuite pris pendant trois jours de folie furieuse ; il avait de l'amnésie pour cette période ; quand il eut repris ses sens, il se rétablit complètement.

Depuis le printemps de 1882, il a eu beaucoup de fatigues, de soucis et de contrariétés dans sa profession, ce qui l'amena à boire encore plus qu'avant.

Ces temps derniers, les maux d'estomac et le tremor se sont considérablement

accentués. Au mois de juillet, il se sentait déjà agité, par moments oppressé ; il souffrait de scotomes. Depuis le commencement du mois d'août, il dormait mal, se plaignait de bourdonnements d'oreilles, de vacarme nocturne, d'aboiements de chiens, d'oppression sur la poitrine, de congestions à la tête et d'avoir le travail difficile. Son entourage fut frappé du fait que souvent il regardait fixement devant lui, et qu'il était devenu méfiant, peureux et excessivement irritable.

Le 3 septembre, le malade fit un voyage à Pest pour y régler une affaire. Il parut aux autres passagers étrange, excité, agité. Ainsi qu'il le raconta après sa guérison, il rapportait à sa personne les conversations insignifiantes que les autres voyageurs tenaient dans le coupé ; il crut comprendre qu'on parlait de lui comme d'un déserteur et d'un onaniste. (Le malade, ayant émigré de son pays, n'avait pas satisfait à l'obligation du service militaire.) Arrivé à Pest, il se sentit très mal à son aise, peu rassuré et oppressé. Le soir, en dînant au jardin de l'hôtel, il entendit lire un mandat d'arrêt lancé contre lui et des agents demander après lui. Il était poursuivi comme déserteur. Ce qui l'étonna, c'est que, malgré cela, il n'ait pas été inquiété. Il s'empressa de monter dans sa chambre et de dormir. Il ne put pas trouver de sommeil. De toutes parts il entendait par voie téléphonique parler et faire la critique de son passé et de sa personne ; il s'entendait aussi stigmatiser par le surnom de « chien noir ».

Le 4, il sentit sa tête très lourde, il était très oppressé ; il osait à peine descendre dans la rue, s'attendait d'un moment à l'autre à son arrestation, d'autant plus qu'il avait entendu dire que le mandat d'amener avait été inséré dans les journaux.

Dans la nuit du 4 au 5, un vacarme terrible s'éleva ; il vit des formes sinistres, menaçantes, vit voler à travers la chambre des ombres noires qui critiquaient ses actes, l'injuriaient en disant : « Cochon, gredin, anarchiste ; le voilà qui se branle de nouveau. » Il était très agité et indigné de ces insultes ignobles. Quand le 5 il sortit dans la rue, il remarqua qu'il était l'objet de l'attention générale. De tous les côtés il entendait des cris tels que : « Cochon, mauvais sujet, chien noir. » Il se sauva à Bude, se rendit à la gare pour rentrer à Gratz. Quand il fut dans le wagon, il entendit des gendarmes qui venaient de monter dans un compartiment demander si le « chien noir » était déjà arrivé. Aux stations, il y avait une énorme bousculade de la foule, qui voulait voir le « chien noir ». Il se cacha sous la banquette de son compartiment, car on lançait des pierres contre les fenêtres du wagon et, lors d'un arrêt du train, il entendit ces mots : « Partez vite, autrement la foule va le mettre en pièces ! » Il entendait dans les compartiments voisins parler de sa vie débauchée. Arrivé à Gratz, il n'eut rien de plus pressé que de se placer sous la protection de la police, qui l'envoya à la clinique.

Le malade se démène, anxieux et troublé. Il n'a pas de fièvre, présente des phénomènes de catarrhe gastrique, ictère léger, augmentation de la matité du foie, tremblement de la langue et des mains, sensibilité diminuée aux pieds jusqu'aux chevilles. Les nuits sont sans sommeil, les hallucinations et le délire persistent. Il entend des bruissements et des cris comme venant d'un attroupement ; ce sont les voix qui l'ont déjà persécuté à Pest. Elles parlent en patois wurtembergeois (le malade est originaire du Wurtemberg), lui annoncent qu'il sera offert en spectacle honteux, monté sur un âne, pour être puni de ses délits sexuels. Il proteste verbalement et par écrit contre ces accusations infâmes ; il est anxieux, agité, prie qu'on ne le fasse pas escorter par des gendarmes et implore la protection des autorités contre ses persécuteurs. Pendant la nuit on délibère sans cesse sur sa personne (voix des persécuteurs, gendarmes) ; il tressaille et a souvent des soubresauts, il se plaint d'angoisse précordiale.

A partir du 10 septembre, on commence le traitement par l'opium. Les nuits deviennent plus calmes, les voix cessent. Dès le 19 septembre il commence à rectifier son délire : « Il y avait sans doute, dit-il, une sorte de manie de la persécution dans ma tête. » Le malade est encore épuisé, légèrement neurasthénique ; il finit par se remettre complètement à la fin du mois de septembre, par suite d'un traitement tonique et des opiacés qui lui donnèrent du sommeil.

Le status retrospectivus fournit les détails qui ont été déjà utilisés dans l'anamnèse et confirme la prédominance des voix persécutrices de nature sexuelle dans le tableau de la maladie, ainsi que l'absence des hallucinations de la vue. Il n'y avait pas de lacunes dans les souvenirs.

4. — *Paranoïa*[1] *alcoolique.*

La paranoïa alcoolique est un phénomène rare. Elle évolue dans le cadre d'un délire de persécution et à l'occasion elle se transforme en délire des grandeurs. Ce qui distingue cette paranoïa alcoolique, c'est le fond sexuel du délire. Les malades entendent toutes sortes d'accusations sexuelles et s'imaginent être sodomistes, pédérastes, violateurs de filles, etc., être poursuivis et attaqués comme tels par tout le monde. Il vient s'y ajouter les symptômes somatiques et psychiques de l'alcoolisme, les hallucinations spécifiques, notamment les autres formes hallucinatoires de la vision qui sont étrangères à la paranoïa persécutoire. Les signes de faiblesse mentale qui apparaissent de bonne heure dans le tableau de la maladie méritent d'être notés. La brutalité et l'irascibilité qui se manifestent par des réactions brutales contre les persécuteurs imaginaires et qui font de ces malades un danger public, méritent aussi d'attirer l'attention.

Observation LXXXV. *Paranoïa alcoolique.* — Cernak, cinquante-trois ans, célibataire, tailleur, a été arrêté pour menaces publiques de mettre le feu, ensuite extrait de la prison préventive comme aliéné dangereux et amené à la clinique psychiatrique de Gratz. Il déclare que toute l'accusation n'est qu'une calomnie de la part de ses ennemis, le bourgmestre et la femme dont il a été le locataire ; c'est une manœuvre de ses persécuteurs qui veulent le perdre et le rendre à jamais incapable d'agir. Il s'est attiré la haine de la logeuse, il y a un an, en la dénonçant aux gendarmes parce qu'elle avait clandestinement accouché d'un enfant qu'elle avait ensuite tué et enfoui dans le jardin. Bien qu'il ait vu la criminelle accomplir cet infanticide et que la rumeur publique en parlât, la gendarmerie n'a pas tenu compte de sa dénonciation. Bientôt après le bourgmestre lui proposa d'épouser une fille mise en état de grossesse par le frère de ce fonctionnaire. Il a repoussé avec indignation cette offre, et depuis il est l'objet de persécutions de la part de la femme dont il est le sous-locataire ainsi que de la part du chef de la commune. Tous deux le suivent à chaque pas, lui détournent ses clients et le calomnient au point de vue sexuel. La nuit aussi il les entend parler de lui ; ils disent entre autres qu'il est un hypocrite, qu'il se livre en secret à des débauches, qu'il est impuissant, etc., etc.

Avant que la femme chez laquelle il était logé le prît en haine, il s'aperçut qu'elle lui faisait de l'œil. Elle lui dit aussi à plusieurs reprises qu'elle irait coucher avec lui,

[1] V. Speyer, *Die alkohol. Geisteskrankheiten*, Zurich, 1882. — Schüle. *Klin. Psychiatrie*, 3e édit., p. 409.

qu'elle ne pourrait plus vivre avec son mari, car celui-ci avait des relations intimes et coupables avec sa propre fille. Le malade croit que la femme est devenue son ennemie parce qu'il a repoussé ses propositions amoureuses et qu'elle s'est jetée ensuite dans les bras du bourgmestre. Il l'entendait aussi dire que la nuit elle se tenait à côté de lui (par jalousie) pour l'espionner et le surveiller. Quand il eut dénoncé cette femme à la justice, il s'aperçut qu'elle avait déterré le cadavre de l'enfant et l'avait enfoui dans un autre endroit resté inconnu. C'est ainsi qu'il s'explique l'échec de sa dénonciation. A peine fut-il mis en prison lui-même, qu'il y entendait nuit et jour la voix de ses ennemis. Evidemment ils se sont laissé enfermer avec lui pour l'espionner et le vilipender. La teneur de leurs propos était essentiellement obscène. Ils s'entretenaient de ses prétendues aventures galantes et dénigraient sa puissance sexuelle « parce que rien n'en sort ».

Le malade est issu d'un père qui était buveur d'eau-de-vie. Plusieurs de ses frères et sœurs moururent jeunes probablement de convulsions. Le malade était mal doué et s'est livré de bonne heure à la boisson. Depuis des années il est manifestement tombé dans l'alcoolisme chronique. Depuis plusieurs mois il dort mal, a des rêves lourds, de fréquents soubresauts et à l'occasion des visions nocturnes d'animaux.

Il est très affaibli intellectuellement; il est content d'avoir trouvé un asile à l'hôpital et de n'être plus inquiété par ses persécuteurs, car il n'entend plus leurs voix. Air fatigué, bucco-facial droit parésié, trémor, nuits agitées, soubresauts par suite de rêves d'animaux terribles et de persécution. Il persévère inébranlablement dans ses idées délirantes. Le malade a été renvoyé dans un asile de son pays.

5. — *Paralysie alcoolique*[1].

Parfois l'alcoolisme chronique aboutit à une démence paralytique. Elle diffère des formes ordinaires de cette maladie qui étiologiquement n'ont absolument rien à faire avec les excès alcooliques ou dans lesquelles ces excès ne sont qu'une cause adjuvante, car il faut, avec Schüle, noter comme signes diagnostiques différentiels : la marche aiguë qui dans la plupart des cas ne dure que quelques mois, le trémor très accentué et généralement universel, la fréquence des accès apoplectiques et épileptiformes, la fréquence des anesthésies ou des hyperesthésies qui siègent notamment aux extrémités inférieures, le mal de tête intense au début et pendant le cours de la maladie, la rareté relative du délire des grandeurs, les résidus de l'ancien délire d'infidélité conjugale, les fréquentes hallucinations de la vue qui ont une nuance nettement alcoolique, le trouble d'élocution qui frappe moins et qui est dû surtout à l'ataxie labiale et moins au tremblement des syllabes.

De plus il faut remarquer son évolution de moins mauvais augure, car ces paralysies alcooliques (pseudo-paralysies ?) peuvent suivre une marche nettement régressive ou du moins guérir avec conservation d'une défectuosité[2].

[1] Falret, *De la folie paralytique*, p. 106. — Schüle, *Manuel*, 3e édit., p. 418. — Nasse, *Zeitschr. f. Psych.*, 42, p. 325. — Dörr, *Eine eigenartige Form. der paral. Geisstestörung. bei Alkoholikern*, thèse doct., Bonn, 1883. — Camusel, *Annal. méd. psychol.*, 1883, p. 201.

[2] Nasse, *Irrenfreund*, 1870, 7. — Brosius, *Ibid.*, 1767, 1. — Hoffmann, *Aerztl. Bericht über Siegburg*, 1864, p. 4.

Aux autopsies j'ai trouvé les lésions ordinaires de la paralysie; seulement, et cela est frappant, les granulations épendymaires qui existent ordinairement manquaient.

Observation LXXXVI. *Paralysie alcoolique. Guérison.* — Schrottner, trente-un ans, garçon meunier, a été reçu le 18 janvier 1876. Le père était potator, la mère souffrait de crampes. Bien portant, sauf la variole qu'il a eue étant enfant. Il s'est livré de bonne heure à la boisson; était devenu très irascible depuis plusieurs années, souffrait souvent de maux de tête, de vertige et de sommeil mauvais.

Depuis quelques mois il était devenu oublieux et nonchalant dans son service et faisait tout de travers. Depuis quelques jours il était agité, ne dormait pas, se démenait inconsciemment, et manifestait du délire des grandeurs. Lors de sa réception, son intelligence est considérablement troublée; il n'est plus orienté sur le temps ni les lieux; il se croit dans son moulin; il est incohérent, confus, déclare être le propriétaire du moulin; il épousera la meunière qui est devenue veuve; il a une fortune de 100,000 florins et il fera reconstruire le moulin d'une manière superbe. Au crâne il a quelques cicatrices cutanées superficielles, nulle trace de syphilis; la partie droite de la figure est moins innervée que la partie gauche; convulsions fibrillaires des muscles de la figure; trémor des lèvres et de la langue, élocution troublée par une ataxie labiale considérable, cependant ne tremble pas les syllabes; démarche peu assurée, légèrement chancelante.

Pouls très lent, à 68; pupille droite réagit d'une manière plus paresseuse que la gauche. Les organes végétatifs ne présentent rien d'anormal. La sensibilité n'a pas changé. Le malade se démène inconsciemment, fait des projets insensés et empreints de la monomanie des grandeurs, il veut acheter l'hôpital, le reconstruire, attend la meunière qui est amoureuse de lui parce qu'il est beau et fort. Il se laisse facilement détourner de son sujet. Les troubles moteurs sont variables mais en somme progressent. Le 27 et 28 janvier, accès épileptiforme (convulsions générales avec suppression de la conscience); la démence augmente avec des états d'agitation intercurrents. Le sommeil s'améliore à la suite des bains et de l'usage du chloral. Pour combattre les états d'agitation on se sert d'injections de morphine.

Le 20 mars nouvel accès épileptiforme. Au cours du mois de mai l'intelligence s'élucide, les troubles moteurs disparaissent sauf la dilatation de la pupille gauche et les convulsions des muscles de la joue gauche lors des mouvements mimiques et d'élocution. Le malade arrive à reconnaître son état et il attribue lui-même sa maladie à l'abus des boissons alcooliques. Sa faiblesse mentale aussi disparaît, il redevient parfaitement capable de travailler, et comme aucun trouble ne se produit plus jusqu'au 13 janvier 1877, il est renvoyé de l'hôpital. La guérison s'est maintenue.

Observation LXXXVII. *Paralysie alcoolique. Mort.* — Psenienigg, ouvrier dans une usine, quarante-quatre ans, marié depuis neuf ans, né de parents qui tous les deux étaient adonnés à la boisson. Depuis quelques années lui aussi est devenu buveur.

Quatre mois avant d'être reçu à l'asile, le malade était devenu très irascible, brutal avec sa femme qu'il accusait de le tromper. Il devenait oublieux, paresseux et se livrait plus que jamais aux excès alcooliques.

Il y a six semaines, il devenait agité, perdait le sommeil, était anxieux; il se croyait persécuté, voyait la nuit ses persécuteurs à la fenêtre, des chiens, des chats qui le menaçaient, entendait des cris, des gémissements et se sauvait souvent de peur. Il tressaillait facilement, se plaignait de maux de tête, de vertiges, croyait ces temps derniers qu'on voulait l'empoisonner.

Lors de sa réception, le 20 février 1876, le malade est très troublé dans son intelligence, il se croit dans l'usine, se démène inconsciemment, se déshabille et s'habille. Il se plaint de l'infidélité de sa femme; trois ou quatre hommes auraient toujours attendu devant la porte; elle s'habille mieux qu'autrefois. La toilette est de Dieu sait qui. La nuit on l'a toujours persécuté, on faisait du vacarme devant son logement, on lui lançait dans sa chambre des chiens, des chats, des chevaux blancs et des bestiaux, de sorte qu'il ne pouvait dormir. Il n'a qu'un souvenir très vague du passé le plus récent; marche des idées incohérente, mine troublée. L'expression de la figure est idiote, somnolente, le teint est d'un jaune pâle, la pupille gauche est plus large que la droite et à réaction paresseuse; fort tremblement à la langue, aux lèvres et aux mains, catarrhe chronique de l'estomac, vomitus matutinus, pouls lent, faible, bruits du cœur sourds, hyperesthésie cutanée des extrémités inférieures et excitabilité réflexe augmentée; démarche peu assurée, avec les jambes écartées; élocution lente, troublée par l'ataxie labiale, mais bien articulée.

Le malade devient calme; avec l'opium, il arrive à dormir; il voit encore de temps en temps des animaux, des persécuteurs; il devient visiblement de plus en plus dément. A partir de fin mars de fréquents accès épileptiformes se produisent après lesquels le langage et la déglutition deviennent très difficiles pendant quelques jours. La démarche devient alors fortement penchée à gauche, l'écriture très troublée comme dans le cas de paralysie; il se produit une violente convulsion et un tremblement des muscles de la figure; le langage devient plus lent, nasillant (parésie du voile du palais), trémolent. Au commencement du mois de novembre le malade s'épuise; il se forme un décubitus qui s'étend rapidement; il se produit une diarrhée incoercible qui amène la mort le 14 novembre.

Autopsie. — Crâne et dure-mère sans anomalies. La pie-mère, sauf au-dessus du lobe occipital, présente un trouble diffus; elle est épaissie. La même constatation est faite aussi à la base. La pie-mère ne peut être détachée sans perte de substance corticale.

Sur le cerveau frontal et occipital les circonvolutions sont considérablement diminuées. Hydrocéphalus externe et interne. Pas de granulations épendymaires. Le cerveau est anémié, œdémateux. Les vaisseaux de la base présentent un commencement d'athérome.

IV. — Épilepsie alcoolique[1]

Les altérations du cerveau causées par les excès alcooliques peuvent aussi mener à l'épilepsie. Les causes qui favorisent l'origine de l'épilepsie chez les buveurs sont souvent : la prédisposition héréditaire, les convulsions dans l'enfance et les traumatismes. L'affirmation de Magnan, que l'épilepsie alcoolique ne se rencontre que chez les buveurs d'absinthe, n'est pas exacte. Elle peut se produire avec toutes les boissons capiteuses.

Comme l'épilepsie suppose fonctionnellement une innervation anormale et durable de certains centres cérébraux, qu'on appelle altération épilep-

[1] Littérature : Percy, *Dict. des sciences méd.*, 26. — Magnan, *De l'alcoolisme*. 1874. — Weiss (Leidesdorf, *Psych. Studien*, 1877). — Drouet, *Ann. méd. psych.*, mars 1875. — Legrand du Saulle, *Etude médico-légale sur les épileptiques*, Paris, 1877. — Echeverria, *Journal of mental science*, janv. 1881. — Raab, *Wien. med. Blätter*, 1882, n°s 8-10.

tique, on s'explique naturellement que, comme le delirium tremens, elle ne puisse pas non plus se produire à la suite d'un seul excès alcoolique isolé, fût-il très violent, et que pour la faire naître il faut des excès continués pendant longtemps.

L'apparition d'un accès épileptique sous l'influence accidentelle de l'ivresse prouve toujours que l'altération épileptique, c'est-à-dire l'épilepsie, existait déjà auparavant; car le retour des accès, chez les épileptiques sous l'influence d'un abus alcoolique occasionnel, a lieu assez souvent.

L'épilepsie alcoolique une fois développée, la cause accidentelle la plus importante pour le retour des accès est alors l'excès alcoolique.

Environ 10 p. 100 des alcooliques présentent des accidents épileptiques. En général ce sont des phénomènes tardifs de l'alcoolisme chronique.

Souvent ces attaques épileptiques ne sont qu'incomplètes, car elles n'atteignent que certains groupes de muscles ou seulement une moité du corps. Un fait remarquable dans ces cas c'est qu'elles sont précédées et accompagnées presque toujours par une congestion violente. Souvent aussi pendant l'attaque l'individu perd conscience.

Cependant, outre ces sortes d'accès incomplets, on en rencontre aussi d'autres qui ne diffèrent en rien du tableau vertigineux ou convulsif ordinaire de l'épilepsie. La façon dont ces accès se produisent est au point de vue diagnostique plus importante que leur forme, car ils se produisent à de plus grands intervalles, et ils reviennent sous forme accumulée et en connexité avec les excès alcooliques. Très souvent ces séries d'accès sont suivies par des troubles sous forme de délire épileptique ou par un état crépusculaire somnambuliforme ou aussi de stupeur. Parfois on observe une complication simultanée de delirium tremens ou d'hallucination ébrieuse. Avec l'entrée en scène de l'épilepsie alcoolique, la dégénérescence intellectuelle des malades fait des progrès rapides.

Le pronostic est défavorable, en partie en lui-même, en partie par suite des excès alcooliques toujours réitérés qui accentuent la prédisposition et provoquent de nouveaux accès. Le bromure de potassium paraît faire preuve d'utilité en présence de l'épilepsie alcoolique. Beaucoup d'ivrognes cependant restent sans accès, même sans l'emploi du bromure de potassium, pendant leur séjour à l'hôpital, grâce aux conditions hygiéniques favorables de l'établissement et à la privation des spiritueux.

Observation LXXXVIII. *Epilepsie alcoolique. Delirium tremens et épileptique combinés.* — Pirch, trente-sept ans, sans tare, très adonné à la boisson depuis sa jeunesse, a eu en 1859 un accès de delirium tremens, en 1860 un typhus grave avec symptômes cérébraux, et a été atteint il y a neuf ans de son premier accès épileptique après avoir fait des excès alcooliques. Ces accès revenaient isolément environ tous les quatre mois, ordinairement après des excès de boisson. Ils commençaient par un mal de tête violent et étaient suivis par des états de stupeur durant plusieurs heures et pendant lesquels le malade était anxieux, voyait des figures menaçantes, des animaux, des étincelles, etc. Depuis cinq ans ils ne se renouvelèrent pas, mais le 22 octobre 1876, ils revinrent après un excès alcoolique. Le

matin, en mettant ses bottes, le malade éprouva tout d'un coup un mal de tête violent, ses yeux se voilèrent et il tomba par terre sans connaissance. L'après-midi l'accès se répéta. Le soir on amena le malade à l'hôpital où il arriva saignant d'une morsure qu'il s'était faite à la langue et dans un état de légère stupeur. Il donne d'une manière exacte son nom et son état civil, paraît anxieux, inconstant, agité. Trémor général; pas de fièvre; pouls à 88, très mou, lent, bruits du cœur sourds, foie gonflé. Le malade dort un peu. Le 23 au matin il constate avec étonnement qu'il est à l'hôpital. Ses souvenirs ne remontent que jusqu'au 22 au matin.

Au cours de l'après-midi il commence à voir des oiseaux, des souris, des rats, des hommes en caoutchouc qui tous s'élèvent en l'air.

Inquiétude croissante, trémor violent. Malgré le chloral, il passe la nuit du 24 sans sommeil, il est hanté par des visions d'animaux.

Le 24 au soir, à 7 heures, accès épileptique avec morsure de la langue. Ensuite il se déclare, comme complication du delirium tremens, un accès de délire épileptique. Trouble profond de l'intelligence, peur terrible, rage aveugle et insistance pour partir. Le malade voit des assassins, il est égorgé, sa tête est coupée sur un banc, il sent des trous d'un pied de profondeur dans son corps.

Entre temps il a de nouveau des visions d'animaux; il se croit au cabaret, boit de la bière, tend son verre vide au garçon, le gronde parce qu'il tarde à revenir. Le chloral ne donne pas de succès. Dans la journée du 25 on lui donne 0 gr, 15 d'extrait d'opium par la voie sous-cutanée. Le malade dort toute la nuit du 25 au 26; il devient promptement lucide et a gardé un souvenir sommaire des incidents de sa maladie.

Il nous raconte avoir eu, il y a neuf ans, pour la première fois, ensuite il y a cinq ans, des accès délirants terrifiants postépileptiques et qui ont duré environ cinq jours. Le malade se remet rapidement à la suite de l'emploi de petites doses d'opium et le 30 octobre il est renvoyé.

CHAPITRE II

MORPHINISME[1]

La morphine qu'on emploie aujourd'hui dans beaucoup de cas comme calmant, surtout sous forme d'injections sous-cutanées, produit chez beaucoup de gens non seulement un apaisement de la douleur mais aussi un sentiment de bien-être intellectuel et physique qui augmente la force de travail intellectuel et physique tant que dure son action. Grâce à ces propriétés la morphine n'est pas seulement un sédatif (narcotique, hypnotique), mais en même temps un stimulant et une consommation de plaisir.

Ce dernier effet paraît être produit par la morphine surtout sur les constitutions névropathiques (Erlenmeyer). La morphine, quand on en fait un usage continu, n'est pas un agent inoffensif. De même que l'abus continuel de l'alcool, l'abus de la morphine produit aussi des phénomènes d'intoxication chronique et, sous l'influence du poison, les centres nerveux sont tellement influencés dans leur nutrition et leur fonctionnement que des accidents graves et même mortels (phénomène d'abstinence) peuvent se produire quand on diminue dans une proportion trop grande la dose habituelle du morphinique ou quand on le prive brusquement de morphine. En raison des malaises d'abstinence qui se présentent immédiatement, du besoin et du désir d'avoir de la morphine qu'il prend comme stimulant agréable en raison de sa faiblesse morale, conséquence de l'abus, il est très difficile de délivrer le malade de sa mauvaise passion et ce résultat ne peut guère être obtenu que dans des hôpitaux.

Toutefois il arrive chez presque tous les morphiniques un moment où les malaises de l'intoxication chronique l'emportent sur les effets euphoriques et où ces derniers ne peuvent plus être obtenus qu'en prenant des doses exagérées. Alors il est temps que le secours médical intervienne, car des dangers graves menacent la santé et la vie de l'individu atteint. Les conditions étiologiques de l'origine du morphinisme consistent en première

[1] Lähr, *Zeitschr. f. Psych.*, 1872, fasc. 3. — Fiedler, *Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1874, 27, 28. — Levinstein, *Die Morphiumsucht*, 2e édit., 1880. — Erlenmeyer, *Die Morphiumsucht und ihre Behandlung*, 2e édit., 1880 — Obersteiner, *Der chron. Morphinismus*, clinique de Vienne, 1883, III. — Burkart, *Die chron. Morphiumvergiftung*, Bonn, 1880. — Le même, *Wien. med. Presse*, 1880, 22, 23, 24.

ligne dans cette particularité de la constitution de l'individu grâce à laquelle l'absorption de la morphine provoque une sensation agréable.

On est poussé à prendre de la morphine dans les maladies qui causent des douleurs ou de l'insomnie et quand les souffrances durent très longtemps. Si par légèreté le médecin abandonne à la disposition de son client le remède ou si le malade en raison de sa situation peut se procurer facilement de la morphine, il devient morphinique.

Symptomatologie du morphinisme

Dans l'étude des symptômes il faut bien séparer les phénomènes de l'intoxication chronique de ceux de l'abstinence.

Symptômes d'intoxication. — Ils se montrent rarement avant la fin du troisième mois; chez les personnes douées d'une certaine force de résistance (autrefois bien portantes, sans tares), le phénomène se présente souvent après un délai encore plus long et d'une façon si atténuée que l'altération morbide des centres nerveux ne se révèle qu'au moment de l'abstinence. Il semble qu'ici il y a des conditions analogues à celles de l'alcoolisme dont les lésions graves et dégénératives supposent une individualité plus ou moins morbidement prédisposée. Dans tous les cas ce n'est pas la dose quotidienne ni la durée de l'abus qui sont décisives, mais l'individualité. Les symptômes de l'intoxication chronique morphinique sont psychiques et somatiques.

Ce sont en première ligne les symptômes psychiques qui nous intéressent.

La morphine n'atteint jamais aussi gravement l'organe psychique que ne le fait l'alcool, mais je n'ai jamais rencontré un morphinique qui, après examen minutieux, fût intact psychiquement. L'intelligence, il est vrai, est à peu près épargnée, mais les fonctions intellectuelles les plus élevées, le caractère, l'éthique, la capacité à disposer de sa personne, l'énergie intellectuelle, la force d'initiative sont atteints toujours. Le morphinique est un homme sans force de caractère, sans énergie, faible de volonté, un homme auquel il faudrait in foro criminali toujours accorder le bénéfice des circonstances atténuantes et qui, pour la sauvegarde de ses intérêts et de ses devoirs, aurait toujours besoin d'un aide.

Dans les cas plus graves on constate en outre une faiblesse de la mémoire, notamment un manque d'exactitude dans la reproduction, un alourdissement dans la capacité au travail intellectuel allant jusqu'à la torpeur, par moments une dépression psychique allant jusqu'à la dysthymie prononcée et au tædium vitæ, une grande émotivité, en général une grande baisse de la force de résistance contre les émotions. Il vient encore s'y ajouter une inquiétude nerveuse épisodique, de l'agitation, des accès d'angoisse probablement produits par la voie vaso-motrice, des hallucinations occasionnelles de la vue.

Une grande partie des symptômes somatiques peut se ramener à l'action

de la morphine qui diminue les sécrétions et qui, dans un sens plus large, est vaso-constrictive. Par suite de la diminution de la sécrétion de la salive, il se produit une sécheresse importune dans la bouche et dans le gosier; par suite de la diminution de la sécrétion des glandes sébacées, la peau devient sèche, rigide et la stagnation de l'enduit sébacé de la peau dans les glandes donne lieu à la formation de furoncles. Par suite de la séparation défectueuse du suc gastrique et du suc pancréatique, la digestion et l'assimilation se font mal et, par suite de la diminution concomittante du péristaltisme, la défécation aussi est atteinte. Souvent l'aménorrhée se produit de bonne heure, mais il n'y a que rarement suppression de l'ovulation ainsi que le prouvent les nombreux cas de grossesse qui se produisent malgré l'existence de l'aménorrhée. On observe aussi de l'aspermie.

Ce qui par contre est frappant, c'est la grande augmentation de la sécrétion sudorale qu'on constate souvent. Ajoutons encore de nombreux troubles moteurs : tonus musculaire abaissé, trémor, troubles de la coordination allant jusqu'à l'ataxie prononcée, faiblesse des sphincters, myosis, parésie de l'accommodation, cysto-spasme, troubles de l'innervation du cœur (asthénie cardiaque, accidents à allures d'angine de poitrine). On doit rapporter en partie aux troubles de l'innervation vaso-spasmodique : la baisse du turgor vitalis, la pâleur des joues qui sont creuses, la froideur des téguments cutanés et le grand besoin de chaleur de ces malades. La sphère sensitive y participe aussi sous forme d'hyperesthésies, de névralgies, de paresthésies. Souvent le libido sexualis baisse de bonne heure et le pouvoir d'érection disparaît aussi. Dans les stades avancés de l'intoxication l'anorexie et une insomnie tenace se produisent. Les phénomènes fébriles ne sont pas rares non plus (Levinstein, *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1880, n° 6) sous forme de légers mouvements fébriles le soir (parfois même avec le tableau typhoïde, mais avec une température dépassant rarement 38°,3) ou sous forme d'accès de fièvre intermittents qui ne peuvent pas être cliniquement distingués d'une vraie fièvre intermittente quotidienne ou tierce. Le résultat de tous ces troubles est un marasme croissant, un senium précoce qui parfois finit brusquement par une dégénérescence graisseuse du myocarde et par une paralysie du cœur.

Symptômes d'abstinence. — Ils sont différents suivant qu'on supprime brusquement ou successivement la morphine. Au fond il s'agit là de différences quantitatives. Les phénomènes d'abstinence peuvent se présenter dès qu'on réduit considérablement la dose. Les premiers phénomènes de l'abstinence (relative) ou de la faim morphinique sont des bâillements, des démangeaisons à la peau, une inquiétude nerveuse, de l'angoisse, des vomissements, de la diarrhée. Il s'y ajoute une caducité extrême, du trémor, des névralgies des extrémités et des viscères, des frissons, un grand besoin de chaleur, des transpirations profuses, un fonctionnement irrégulier des vaso-moteurs, une fréquence du pouls très variable, de l'augmentation de l'excitabilité réflexe en général, une hyperesthésie sensorielle, des phosphènes et des acusmes allant jusqu'aux hallucinations, de l'agrypnie, une obnubilation de la conscience avec rectification incom-

plète des hallucinations et des actes irréguliers qui en résultent, une inquiétude pénible, une confusion anxieuse, une dysthymie allant jusqu'au tædium vitæ, un trouble particulier de la mémoire (localisation inexacte dans le passé). Des états à allures de delirium tremens peuvent même se produire, comme cela a lieu dans l'abstinence totale et, fait très curieux qui mérite d'être relevé (comparez les deux derniers cas de Rehm), même lorsque la marche est subaiguë et prolongée, un véritable délire hallucinatoire (vésanie) peut se présenter, ce qui, dans un de mes cas, a eu lieu bien après qu'on eut cru avoir surmonté les difficultés de l'abstinence. Ce délire est surtout terrifiant, avec de nombreuses hallucinations, entre autres du goût et de l'odorat et avec une interprétation hostile (délire de persécution physique, persécution par l'électricité) des nombreuses sensations anormales de la peau.

Les phénomènes de l'abstinence totale brusque se manifestent au bout de six heures environ.

Les malades deviennent las, faibles, incapables de se tenir sur leurs jambes; ils sont pris de symptômes à allures de choléra nostras, de sueurs profuses, de trémor général, d'angoisse pénible, d'inquiétude au point de pleurer, de rager et de demander impérieusement de la morphine qui en effet supprime immédiatement toutes les souffrances de l'abstinence et pour l'obtention de laquelle le malade serait capable même de commettre un crime.

Souvent à ces symptômes d'abstinence se joint un délire hallucinatoire qui habituellement dure plusieurs jours, véritable délire d'inanition que l'on a appelé le delirium tremens de la morphinomanie, à cause de ses nombreuses analogies avec le delirium tremens alcoolique (visions d'animaux, épisodiquement aussi délires obscènes, prédominance des sujets terrifiants dans le délire, agrypnie, trémor). Dans les cas graves les phénomènes d'abstinence et d'inanition peuvent même aller jusqu'à une grave faiblesse du cœur et de la respiration, au collapsus, à un état comateux, et le retour à la morphine devenir une indicatio vitalis.

Des symptômes d'intoxication et d'abstinence sous forme de troubles élémentaires psychiques, d'anorexie, d'asthénie, persistent souvent encore plusieurs mois après qu'on a supprimé la morphine.

Traitement du morphinisme

La première indication à remplir c'est de supprimer le poison systématiquement et sous la direction d'un médecin, dans un hôpital. La suppression n'est contre-indiquée que quand une maladie très douloureuse et inguérissable exige impérieusement l'usage de la morphine. Dans ces circonstances, le morphinisme est des deux maux le moindre.

La méthode employée depuis des années par l'auteur de ce livre est celle de la suppression graduelle et successive. La suppression brusque est une mesure cruelle, elle offre des dangers et fait craindre davantage les

rechutes. Il faut tout d'abord fixer le minimum nécessaire, c'est-à-dire la ration quotidienne avec laquelle le malade se porte à peu près bien. Cette première réduction peut être très considérable (la moitié et jusqu'au tiers de la dose quotidienne employée auparavant), car les morphiniques en consomment beaucoup plus qu'ils n'en ont besoin. Partant de cette dose réduite, on fait, avec toutes les précautions possibles, des réductions, de sorte qu'au bout de dix à vingt jours on arrive à zéro; il faut procéder en compensant le manque de la quantité ordinaire de morphine, selon la nature de l'individualité, par de la morphine à l'intérieur, mieux encore par des injections de codéine ou d'extrait aqueux d'opium ou par l'usage interne de l'extrait d'opium. Le repos au lit, une bonne nourriture (surtout du lait avec cognac, etc., car dans la plupart des cas, il y a de l'aversion pour la viande), la prise des repas pendant le temps de l'euphorie, après l'injection, vin vigoureux en assez grande quantité. Des bains à 28° R. aident le malade à supporter les souffrances de la cure suppressive.

Il faut toujours faire attention à l'état du cœur du malade. Contre l'agrypnie, le brome (3 grammes avec du laudanum, Erlenmeyer) a fait ses preuves d'utilité, parfois aussi l'hydrate d'amylène et l'hypnone. L'hydrate de chloral doit être évité. La suppression des dernières doses de morphine coûte souvent beaucoup de peine. Cela dépend surtout des circonstances psychiques. On peut souvent calmer le malade avec des injections d'eau distillée. Quand on lui apprend ensuite cette supercherie bienveillante, on augmente sa confiance.

Quand on a fait perdre au malade l'habitude de la morphine, la cure n'est pas encore terminée. Il faut supprimer les causes qui l'ont rendu morphinique; il faut faire disparaître les dernières traces de l'intoxication et de l'abstinence et rendre l'individualité plus capable de résistance morale et physique. A cet effet on a besoin de faire subir au malade une cure supplémentaire d'une durée de plusieurs semaines et même de plusieurs mois. S'il est impossible d'accomplir ces indications, les récidives se produisent fatalement.

Observation LXXXIX. — C. P..., vingt-neuf ans, femme d'un médecin, d'une famille sans tare, a reçu, il y a quatre ans, de son mari, à plusieurs reprises, des injections de morphine à cause d'un violent mal de dents. Elle en éprouvait une grande euphorie. Comme dans la période qui succéda, elle eut beaucoup de chagrins et de soucis et aussi de fréquents maux de dents, et que, femme d'un médecin de campagne qui avait chez lui une petite pharmacie de maison, elle pouvait facilement se procurer de la morphine, elle devint morphinique. Elle arriva à prendre des quantités de plus en plus grandes et, lorsque des phénomènes d'intoxication chronique se présentèrent, elle eut en outre recours à la cocaïne qu'on lui avait donnée alors pour essayer de la désaccoutumer de la morphine. La malade ne peut pas préciser les doses dont elle a usé. Dans les derniers mois elle en a toujours pris une quantité pouvant remplir un dé et autant de cocaïne qu'elle faisait dissoudre dans de l'eau et injectait ensuite selon ses besoins.

Depuis un an des phénomènes d'intoxication s'étaient produits (agrypnie, anorexie, aménorrhée, anémie, tremor, amaigrissement). Elle ne pouvait plus se passer de morphine et, aussitôt qu'elle manquait d'injecter à temps la dose accoutumée,

elle était prise de phénomènes d'abstinence sous forme de malaise pénible, de sentiment de grande faiblesse, d'angoisse, de dépression. Dans les dernières semaines des accès d'anxiété, des hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue (effet de la cocaïne?) allant jusqu'à des accès de délire hallucinatoire, s'étaient produits de temps en temps. Le 20 avril 1887 la malade se rendit à la clinique des maladies nerveuses à Gratz pour s'y soumettre à une cure de privation. Elle apporta avec elle des quantités considérables de morphine et de cocaïne; on lui enleva la cocaïne immédiatement et sans inconvénient, et on lui donna 0 gr, 2 de morphine par jour.

Grande, vigoureusement bâtie, mais marasme et anémie; peau fanée, sèche, pâle; teint sale, tonus musculaire abaissé; attitude molle, expression nerveuse, allures déprimées, pupilles étroites; tremor manuum, réflexe patellaire à peine excitable, bruits du cœur nets, vigoureux; pas de troubles végétatifs, urine sans albumine, température normale.

Ordonnance : repos au lit, vin, nourriture substantielle, comme minimum nécessaire on prescrit 0 gr, 22 de morphine. La dose de morphine est ensuite réduite (le 27 avril seulement 0 gr, 12 et le 2 mai 0 gr, 05 par jour). A partir du 2 mai extrait aqueux d'opium à l'intérieur en descendant à 0 gr, 01 de morphine. A partir du 7 mai injections d'eau. Les phénomènes d'abstinence se bornent à de la lassitude, à de la dépression et à une indisposition intellectuelle. L'agrypnie disparaît avec 1 gramme de bromure le soir et 20 gouttes de laudanum.

Peu de jours après la suppression totale de la morphine, il y a une amélioration rapide de la nutrition (plusieurs kilogrammes), élévation du turgor vitalis, appétit, rétablissement du sommeil, bonne humeur, disparition de la lassitude. Le 21 mai on ne constate plus chez la malade aucune anomalie psychique ni somatique. Elle a l'air florissant, pour ainsi dire rajeuni. Elle n'a plus absolument besoin de la morphine. Bien que Mme P... dut être renvoyée dès le 23 mai, elle est restée saine et exempte de toute récidive.

Observation XC. — Mme K..., quarante ans, femme d'employé, d'une famille névropathique, bien portante autrefois a été atteinte d'hystérie grave, après de violentes émotions pendant son premier accouchement. On lui fit des injections de morphine; ce procédé supprima les spasmes et tous les malaises hystériques, mais la malade ne pouvait plus se passer de ce moyen sans être prise aussitôt de graves attaques hystériques. Au commencement elle supportait très bien ce remède, mais au bout de quelques années ses règles se supprimèrent; toutefois elle accoucha, il y a dix ans et il y a six ans. Le dernier enfant était débile et mourut de convulsions peu après sa naissance. Le libido sexualis disparut de bonne heure. Depuis quelques années il s'est produit une baisse de la nutrition par suite de l'emploi sous-cutané d'une dose de 0 gr, 25 à 0 gr, 5 de morphine par jour. La malade se sentait faible, vite fatiguée et incapable de remplir ses devoirs de femme de ménage. Elle souffrait d'une sensation de froid, de malaises névralgiqnes graves, de palpitations, de trémor, en 1884, pendant quelque temps, d'accès de fièvre intermittente qu'on ne pouvait pas attribuer à la malaria. Le sommeil restait bon.

Ces malaises ont décidé la malade, le 28 avril 1883, à se soumettre à une cure de suppression à la clinique des maladies nerveuses.

Taille moyenne, nutrition réduite, tonus musculaire abaissé, réflexes profonds à peine excitables, pupilles étroites, pouls faible, bruits du cœur sourds mais nets, tremor manuum et linguæ, téguments cutanés secs, froids, anémie, anorexie, urine sans albumine. Température: 36°,9. Comme minimum nécessaire on a donné 0 gr, 35 de morphine par jour.

Ordonnance : repos au lit, alimentation forcée (lait). La tentative de diminution

de la quantité de morphine provoque d'abord la sensation de boule, des spasmes cloniques du diaphragme et une inquiétude anxieuse. En recourant à l'extrait aqueux d'opium à l'intérieur on réussit à amener jusqu'au 11 mai la réduction de la morphine à 0gr,1. Avec l'élimination de la morphine se produit un revirement considérable de la nutrition. Les règles supprimées depuis plus de dix ans se produisent le 22 mai et ont une marche normale. De légères attaques hystériques se montrent de nouveau. Par suite de l'usage du valérianate de zinc et de l'extrait d'opium elles disparaissent et la convalescence progresse sans obstacle. Le 6 juin 1882 la malade rentre dans sa famille. Elle emploie encore pendant quelque temps les moyens susindiqués, elle n'a plus que par-ci par-là de légères attaques hystériques; elle n'a plus besoin de la morphine et, après un séjour à la campagne, elle se présente, au mois d'octobre 1885, florissante, et avec la meilleure santé. Menstruation normale.

Le 27 novembre 1886, nouvel accouchement. Pendant le puerperium (huit jours), épouvante terrible. Graves accès hystériques. Le médecin fait des injections de morphine (0 gr,02 par jour). Le 26 janvier 1887 la malade vient elle-même nous demander de la priver de morphine. La suppression réussit au bout de quelques jours par le traitement avec l'opium à l'intérieur. Depuis elle se porte bien.

CINQUIÈME PARTIE

AFFECTIONS CÉRÉBRALES AVEC PRÉDOMINANCE DES SYMPTOMES PSYCHIQUES

CHAPITRE PREMIER

DÉLIRE AIGU[1]

Hyperhémie transsudative avec transition vers la périencéphalite aigue

Sous cette désignation, basée sur un symptôme particulièrement saillant et sur l'évolution, la psychiatrie comprend une maladie cérébrale grave qui, dans la plupart des cas, a un dénouement fatal et dans le tableau clinique de laquelle les troubles de la motilité et de l'état général ainsi que les troubles de la sphère psychique occupent le premier plan. A l'autopsie on peut reconnaître à première vue des lésions qui, bien qu'elles ne soient pas toujours rigoureusement les mêmes, manquent rarement.

Ces lésions constatées à l'autopsie sont : la congestion du cerveau et l'hyperhémie de sa surface. L'hyperhémie s'étend dans la plupart des cas à la moelle épinière. Elle est souvent masquée ou difficile à reconnaître par suite des sécrétions œdémateuses qui se sont produites dans les derniers jours ou dans les dernières heures de la vie. L'impression d'ensemble que produit l'autopsie est celle d'un engorgement veineux de l'organe central. Le cerveau est plus bombé, l'écorce cérébrale paraît gonflée. Le trajet des grands vaisseaux dans la pie-mère est souvent accompagné de raies blanchâtres qui probablement sont produites par obstruction lymphatique dans les gaines des vaisseaux.

L'examen microscopique aussi fournit les signes essentiels d'un engorgement sanguin avec migration des éléments du sang, migration qui est la conséquence de cet engorgement. Les gaines lymphatiques sont bourrées de globules blancs au milieu desquels on trouve assez fréquemment des globules rouges. Parfois on peut aussi trouver des extravasats capillaires.

Jehn, *Archiv. f. Psych.*, VIII, fasc. 3 (avec indications de la littérature jusqu'en 1878 avec citations particulièrement importantes de Schüle, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 24 et 25). — Schüle, *Manuel*, p. 502. — Mendel, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1879, 50.

L'engorgement lymphatique s'étend à travers les gaines vasculaires dans les espaces lymphatiques d'une part et d'autre part dans le système réticulaire des cellulles plasmatiques de Deiters et même dans les espaces périganglionnaires.

Les cellules ganglionnaires présentent souvent un gonflement terne.

Quant aux organes extra-céphaliques, on trouve souvent de l'hypostase des poumons, le cœur flasque, les muscles du cœur mous, pâles, graisseux ou granuleux : le sang est d'une couleur foncée prononcée et très liquide. Fürstner (*Arch. f. Psych.*, XI, fasc. 2) a appelé l'attention sur le fait qu'on rencontre une dégénérescence granuleuse et cireuse des muscles volontaires du squelette, phénomène analogue à celui qu'on constate dans le typhus et dans d'autres maladies aiguës générales graves.

Les causes de la maladie sont multiples, mais toutes concordent en ce sens qu'elles indiquent une atteinte directe du cerveau. Il est probable que le premier phénomène qu'elles produisent, agit sur le système nerveux vaso-moteur; l'hyperhémie active par laquelle débute le processus morbide est produite par la paralysie vasculaire. La maladie atteint aussi fréquemment les femmes que les hommes et elle se déclare à l'apogée de la vie[1]. Les causes occasionnelles proprement dites semblent être : les émotions, les excès de boisson, les fatigues intellectuelles intenses, les influences caloriques ; les causes qui n'agissent pas directement mais qui prédisposent à la maladie sont beaucoup plus importantes, comme : le surmenage intellectuel et physique dans la lutte pour l'existence, un chagrin qui ronge pendant des années, les soucis pour le pain quotidien, une nourriture insuffisante, l'influence affaiblissante des maladies graves et des accouchements difficiles, les phénomènes de la ménopause. Dans beaucoup d'autres cas il existait antérieurement des lésions du cerveau sous forme de blessures à la tête, une insolation, un typhus avec complications cérébrales, ou bien encore des affections cérébrales ou psychiques non déterminées qui avaient laissé des traces évidentes. Du moins les hyperostoses de la voûte cranienne, les épaississements chroniques de la pie-mère et les atrophies circonscrites de l'écorce cérébrale qu'on trouve si souvent sur les cadavres des individus morts de delirium acutum semblent prouver ce fait.

De plus, dans l'immense majorité des cas de mes observations personnelles, il s'agissait de personnalités prédisposées par hérédité aux maladies nerveuses et qui étaient particulièrement excitables au point de vue émotif et au point de vue vaso-moteur.

L'influence affaiblissante d'un typhus, d'un delirium tremens, d'une folie furieuse avec décrépitude cérébrale, peut, au cours de ces maladies, provoquer le delirium acutum. Ce délire peut encore faire son apparition comme complication d'une démence paralytique, quand une des influences précitées est entrée en action, ou comme complication d'une hystérie.

[1] Sur 45 cas primaires de mon observation personnelle, il y avait 22 hommes dont l'âge variait entre trente et quarante-sept ans et 23 femmes entre vingt-sept et quarante-six ans.

Si l'on passe en revue les faits étiologiques, la supposition s'impose que le caractère pernicieux qui constitue l'essence de la maladie hyperhémique est basé sur la constitution prémorbide de l'organe atteint et que le delirium acutum représente une forme de réaction particulière d'un cerveau taré ou épuisé, profondément atteint dans son tonus vasculaire, réaction provoquée par un processus hyperhémiant.

Tandis que la pathogénie nous montre des influences qui abaissent le tonus vasculaire et nous fait envisager l'hyperhémie comme une hyperhémie originairement artérielle et causée par la diminution des résistances, la marche de la maladie nous montre une transition prompte de cet état à une hyperhémie veineuse, transition provoquée par le ralentissement de la circulation dans les vaisseaux dilatés passivement par suite de la faiblesse d'action du cœur qui se fait sentir de bonne heure. Les conséquences directes de l'hyperhémie veineuse sont le passage des éléments du sang dans les voies lymphatiques de la pie-mère et du cerveau ; la délicatesse congénitale des vaisseaux ou des troubles dans la nutrition[1] de leurs parois par suite d'inanition, d'excès alcooliques, etc., peuvent faciliter cette transsudation.

Alors apparaissent, à côté des symptômes d'irritation, des symptômes de pression. Passagèrement il se produit, c'est certain, une résorption partielle des exsudats (rémissions), mais les fluxions, revenant toujours (exacerbations), produisent de nouveaux exsudats jusqu'à ce que leur disparition, de même que celle des produits de la mutation intraorganique du cerveau, devienne impossible.

Que ce trouble ne présente que de rares rémissions, cela s'explique en partie par les opacités et les épaississements préexistants dans la pie-mère (voies lymphatiques impraticables), peut-être aussi par le développement anormal de cette dernière, en partie aussi par l'hyperostose si fréquente (rétrécissement des émissaires); mais en même temps, il faut encore mettre en ligne de compte l'état du cœur (étroitesse anormale de l'orifice jugulaire). Ce qui est d'une importance décisive, c'est l'insuffisance d'action du cœur qui existe de bonne heure et qui est probablement causée par une dégénérescence graisseuse préexistante dans les cas qui se produisent par suite d'inanition ou d'alcoolisme, ou par les troubles de nutrition qui se produisent au cours de la maladie si souvent accompagnée d'une haute élévation de la température du corps.

Le processus se termine par une stase veineuse dans le cerveau et il peut en même temps se produire une transsudation considérable (œdème). La mort se produit avec des phénomènes de congestion cérébrale croissante, dans le sopor, et par suite de la paralysie du cœur.

Aspect clinique de la maladie. — Les premiers symptômes du delirium acutum sont ceux d'une violente hyperhémie active avec phénomènes d'ex-

[1] Comparez : Jehn, *Op. cit.* qui, dans les 4 cas qu'il a examinés, a trouvé de la dégénérescence graisseuse, de l'épaississement, de la prolifération des noyaux de l'adventice, des dépôts de globules de graisse et de pigment.

citation des centres psychiques et moteurs, phénomènes auxquels des symptômes de pression cérébrale peuvent s'ajouter de bonne heure.

Par suite d'une cause accidentelle qui agit très vivement, sur un cerveau très facile à léser, ces symptômes peuvent succéder immédiatement aux premiers et se manifester d'une manière impétueuse, ou bien ils peuvent se développer successivement dans un délai de quelques jours ou même de quelques semaines.

Les malades se plaignent de mal de tête, que leur tête va éclater, d'une obnubilation semblable à l'ivresse, d'un abasourdissement et de difficulté à penser. Ils ont souvent le pressentiment[1] d'une maladie cérébrale grave. Ils deviennent irritables, agités, souvent aussi peureux, moroses, et se plaignent d'une angoisse violente. L'entrave intellectuelle qui, passagèrement, peut s'accentuer jusqu'à la stupeur, est souvent ressentie douloureusement. Objectivement, on trouve des phénomènes fluxionnaires, une mine troublée, bouleversée, un rétrécissement des pupilles, une démarche mal assurée, légèrement chancelante, un mauvais sommeil, avec de fréquents soubresauts, et allant jusqu'à l'insomnie, de la sensibilité pour la lumière et les bruits. Parfois il y a aussi des vomissements passagers.

Le passage à l'acmé est brusque, impétueux, et se fait avec de violents phénomènes congestifs. L'intelligence descend au niveau d'un état somnambulique ; le malade commence à délirer et à rager.

Le tableau de la maladie peut, au commencement, se mouvoir dans le cadre d'une folie frénétique mixte ou furieuse (surtout lorsque la cause accidentelle a été une émotion de colère). Déjà la folie frénétique se fait remarquer par le trouble grave de l'intelligence, par le relâchement du mécanisme psychique et la prédominance de l'impulsion instinctive aux mouvements impétueux ; le tableau morbide prend après ce stade de plus en plus le caractère d'un délire incohérent et de mouvements obsédants dus à des causes organiques : expression de la violente irritation psychomotrice et psychique du cerveau avec fluxion violente et trouble profond de l'intelligence.

La marche des images mentales est très accélérée, confuse ; tout au plus le cerveau fait encore des associations d'idées, d'après l'assonance et l'allitération des mots. Le délire devient excessivement décousu et, à l'apogée de l'agitation, il ne se manifeste plus que par des mots détachés, des syllabes, des sons, des cris. Le lien des pensées se rompt à chaque instant et sous l'impulsion psycho-motrice continuelle il se produit passagèrement de la verbigération.

Les délires sont surtout de nature anxieuse et terrifiante. La plupart des malades délirent sur la fin du monde, l'extermination générale, sur la mort, les empoisonnements. Ils voient tout s'écrouler autour d'eux, tout brûler, ils se voient ensevelis sous les décombres. Ils n'ont jamais été de ce

[1] Deux de mes malades ont tout de suite au début fait le diagnostic de « l'inflammation cérébrale » dont ils moururent.

monde, ils n'ont jamais existé (destruction de la conscience de la personnalité). En même temps du délire des grandeurs peut apparaître spontanément et épisodiquement. Les visions de sang et de feu sont particulièrement fréquentes. Comme phénomènes de réaction motrice, il y a des tentatives désespérées pour échapper au sinistre menaçant. Ces actes moteurs, bien qu'ils soient produits par un mobile psychique, ont quelque chose de particulièrement incohérent, d'incertain, d'impulsif, par suite du trouble profond de l'intelligence et de la perte des sensations musculaires et des images motrices. Des phénomènes d'excitation dans les centres psychomoteurs s'y ajoutent de bonne heure ; le malade se roule sans but ni fin, trépigne des pieds, enfouit sa tête dans les oreillers, halète, souffle par la bouche, souffle par le nez, respire spasmodiquement, avec un rythme de plus en plus accéléré.

A ces phénomènes psycho-moteurs qui se manifestent par des mouvements ayant encore une apparence volontaire, s'ajoutent, au cours de la maladie, des symptômes d'excitation dans les centres infra-corticaux.

Il peut se produire des grincements de dents, un jeu grimaçant des muscles de la figure, du strabisme, du spasme tonique des muscles maxillaires, des spasmes du nez, des mouvements convulsifs des extrémités allant jusqu'aux spasmes généraux toniques et cloniques. Le langage aussi est troublé, balbutiant (par ataxie, insuffisance musculaire, sécheresse de la cavité buccale), nasillant (par suite de la parésie du voile du palais).

Dans nombre de cas, l'excitabilité réflexe est en général augmentée. Les contorsions du malade qui se roule doivent être attribuées en partie à cette excitabilité et à cette mobilité, de même que chez les hydrophobiques ou les individus empoisonnés par la strychnine, les mouvements vont jusqu'aux décharges convulsives générales, rien que par le simple attouchement du corps. La déglutition est très difficile, les aliments sont régurgités et crachés. Quand l'excitabilité réflexe n'est pas augmentée, la prise de nourriture se fait sans obstacle, à moins qu'il y ait constriction maxillaire temporaire ou que le malade, par peur d'être empoisonné, ne serre les dents.

La sensibilité de la peau et des sens est, dans ce stade, très souvent accentuée, le sommeil manque tout à fait ou se borne à un court assoupissement interrompu par de nombreux soubresauts. Dès les premiers jours de la maladie, on constate des phénomènes d'une profonde affection physique générale. Chez la plupart des malades, la chaleur du corps est élevée dès le début, ou du moins s'élève pendant les exacerbations de la maladie. La température peut se maintenir entre 38 et 39° ; mais souvent, elle atteint de 40 à 41°, et même plus. La marche de la température est très oscillante et très irrégulière.

La nutrition baisse rapidement, même quand la fièvre manque et que l'alimentation est satisfaisante. Au bout de quelques jours, la couche graisseuse et le turgor vitalis disparaissent. De bonne heure les lèvres et la langue sont sèches, la cavité buccale se couvre d'une couche fuligineuse, le pouls devient petit, mou, fréquent (dans la plupart des cas au-dessus

de 100) ; l'état est adynamique, avec des signes de faiblesse du cœur et avec une tendance aux hypostases dans les poumons.

La figure des malades, jusqu'ici congestive, devient alors pâle et parfois même cyanotique pour quelques moments. Si le malade conserve assez longtemps la vie, il se produit alors, dans la plupart des cas, des pétéchies, des sigillations, du décubitus. La salivation n'est pas rare non plus ; un phénomène régulier au début, c'est la constipation. Dans l'urine se trouve souvent de l'albumine[1].

Au cours de la maladie se montrent constamment de profondes rémissions durant des heures et même des jours, pendant lesquelles le délire disparaît et est même rectifié par le malade ; l'intelligence s'élucide, la chaleur du corps s'atténue et descend même au degré normal ; les phénomènes d'excitation motrice cessent ; le malade, très lucide, et dont la stupeur n'est que très légère, présente l'aspect d'un individu simplement épuisé, ne se plaint tout au plus que d'un mal de tête et semble marcher vers la convalescence.

Cet espoir ne se réalise que rarement, quand les rémissions deviennent de plus en plus profondes et prolongées ; dans la plupart des cas, ce n'est qu'une amélioration trompeuse suivie d'exacerbations plus violentes.

C'est au milieu de ces alternatives d'exacerbations fluxionnaires et de rémissions avec épuisement, qu'évolue par la suite la maladie ; mais les forces du malade diminuent de plus en plus, et la maladie prend un caractère adynamique.

Après le tableau de l'excitation cérébrale fluxionnaire, active, se développe de plus en plus nettement celui d'une hyperhémie transsudative passive de l'organe central.

La stupeur est remplacée par le sopor, les phénomènes d'excitation motrice par des ataxies, des insuffisances musculaires et des parésies (carphologie, tâtonnements, trémor dans la figure et aux mains, difficulté à avaler, etc.) ; les délires impétueux deviennent mussitants, les pupilles qui jusque-là étaient généralement rétrécies, se dilatent, deviennent paresseuses dans leur réaction, les yeux et les téguments cutanés deviennent anesthésiques, les joues pâles avec une nuance cyanotique, les bruits du cœur sourds ; le pouls devient de plus en plus mou et fréquent (jusqu'à 150 coups et même plus) ; la peau se couvre de sueur visqueuse ; le

[1] Les formes isolées de cet état présentent des variétés, des combinaisons de symptômes selon les conditions constitutionnelles particulières et les causes. Ainsi on observe des cas à marche impétueuse avec de violents phénomènes d'excitation de la sphère psychique et motrice (délires furieux, violente jactance, grincements de dents, coups, trépignements, etc.), avec fièvre accentuée, etc. ; par contre, des cas où de bonne heure un état adynamique se manifeste, où les phénomènes de pression cérébrale (stupeur, sopor), prédominent sur les phénomènes d'excitation, les délires manquent complètement ou n'ont qu'une allure de radotage, de rêverie mussitante, les troubles moteurs se manifestent surtout par des ataxies, des insuffisances musculaires, des parésies, la fièvre manque ou n'est que minime et la marche de la maladie est plutôt lente. C'est sur ce fait que se base la distinction faite par Schüle entre la forme méningitique ou maniaque et la forme par inanition ou mélancolique, ce qui n'empêche pas cet auteur de reconnaître aussi l'existence des formes mixtes.

décubitus et des hypostases pulmonaires se forment, la chaleur du corps baisse jusqu'aux températures du collapsus pour s'élever dans l'agonie jusqu'à 40° et au-dessus. La mort se produit par suite d'un arrêt du cœur dans le sopor profond, après avoir été précédée dans la majorité des cas par une dernière exacerbation avec phénomènes fluxionnaires. La durée de la maladie jusqu'au dénouement fatal, est rarement moins de dix jours, rarement plus de vingt et un jours.

Quand les malades échappent à la mort, il faut plusieurs semaines et même des mois pour qu'ils se remettent, et encore le cerveau ne peut sortir de ce grave processus morbide sans avoir contracté pour jamais une légère faiblesse mentale et une grande émotivité. Certains médecins ont observé aussi des cas qui se terminèrent par la démence.

Jehn (*Zeitschr. f. Psych.*, 36, p. 27 et 37, p. 676) décrit de la manière suivante la manifestation clinique des états réactionnels des délires aigus. Le malade commence à présenter un état d'esprit pleurnichard, l'accélération des idées s'atténue, l'inquiétude motrice fait place à une lenteur et une lourdeur dans les mouvements. Les malades gisent pendant des semaines sans force, sans volonté, comme brisés. On est obligé de les soigner, de les gaver comme des enfants. Il y a en même temps des troubles trophiques (chute des cheveux ; exfoliation de la peau ; les ongles ne poussent plus ; augmentation insuffisante de la nutrition), moteurs (persistance cataleptique des attitudes qu'on a imprimées aux malades, rigidité des muscles du cou et de la nuque comme dans le tétanos), vaso-moteurs (bulles ressemblant au pemphigus, surtout au dos des mains et des pieds, phlegmons, décubitus, excoriations, cyanose, œdème des extrémités) ; à côté de cela faiblesse du cœur, vide intellectuel et immobilité mentale allant jusqu'à la stupidité, réflexes faibles, lents, analgésies. Dénouement progressif par l'imbécillité avec résolution de la tension, ce qui indique que le trouble grave de la nutrition de l'écorce cérébrale passe à l'état d'atrophie. Dans les cas plus légers, je n'ai observé que des états d'épuisement fonctionnel, toutefois très profond, dont la durée a varié entre plusieurs semaines et plusieurs mois et qui ont représenté la transition vers la guérison (comp. Observation XCII).

Il est de la plus grande importance de reconnaître à temps cette maladie pernicieuse du cerveau que des médecins sans expérience confondent trop facilement avec la folie furieuse ou qu'ils traitent trop légèrement sous le diagnostic très vague de « typhus cérébral ».

Voici les signes par lesquels elle diffère de la folie furieuse : la maladie débute par des phénomènes de malaise central grave bien que non encore tout à fait déterminés ; le trouble de l'intelligence est grave ; une confusion profonde existe dès le début et n'est pas motivée par la fuite des idées ; les phénomènes d'excitation motrice se montrent de très bonne heure, n'ont plus un caractère psychique, n'appartiennent plus à l'écorce cérébrale seule, mais doivent être considérés comme des phénomènes d'excitation directe, spécialement comme l'expression d'une participation des centres infra-corticaux.

Au cours de la maladie, le diagnostic devient absolument certain par la profonde atteinte de l'état général du malade, par la fièvre, l'alternance surprenante entre les profondes rémissions arrivant jusqu'à la lucidité et les périodes de trouble profond de l'intelligence accompagnés de phénomènes d'excitation psycho-motrice.

On est trop facilement tenté de la confondre avec une méningite spontanée de la convexité. Cependant on peut la distinguer par le fait qu'elle est plus fréquente chez les hommes par son début suraigu, le frisson qui existe fréquemment au début, les phénomènes de sopor qui se présentent de très bonne heure, la rigidité du cou, l'hyperesthésie générale, les convulsions violentes, les rémissions moins prononcées.

Le pronostic du delirium acutum est assez défavorable. Sur 45 cas de ma pratique, il y eut 26 morts dont 15 hommes sur 22, et 11 femmes sur 23. Ainsi le pronostic se montrerait plus favorable pour les femmes. Le pronostic est particulièrement mauvais quand le delirium acutum s'est développé sur la base de l'alcoolisme chronique. La maladie est d'autant plus grave que sa marche est plus aiguë et plus impétueuse, le trouble de l'intelligence et la confusion plus prononcés, que les phénomènes d'excitation motrice se montrent plus tôt, sont plus fréquents et plus étendus, que la participation de l'organisme tout entier est plus importante et l'insomnie plus persistante. L'absence des rémissions longues et profondes est de mauvais augure, de même que la répugnance persistante pour la nourriture. La fièvre n'est pas un indice sûr, cependant les températures qui atteignent ou dépassent 40° de même que les températures de collapsus sont de mauvais symptômes, ainsi que la fréquence du pouls, quand il continue à dépasser le chiffre de 100 pulsations.

Au stade de fluxion et des phénomènes d'excitation, la thérapeutique aura à combattre tout d'abord l'hyperhémie avec le bonnet de glace, les bains tièdes, l'usage prudent des sangsues derrière les oreilles, les dérivations vers la peau et le canal intestinal. L'opium, si utile dans la méningite aiguë, n'a donné aucun résultat. De petites injections de morphine (0,01 à 0,015) plusieurs fois par jour, ont atténué les phénomènes d'excitation psychique ainsi que la jactance ; elles ont enrayé la marche de la maladie notamment dans les cas accompagnés d'un trouble de l'excitabilité réflexe.

Les résultats que Solivetti a obtenus avec les injections d'ergotine sont dignes d'attention.

Solivetti (*Archiv. italian.*, 1881, fasc. 1) s'est servi d'ergotine de Bonjean. Il délaye 1 gramme avec 6 grammes d'eau distillée et injecte cette solution en trois doses quotidiennes. Tandis que auparavant tous ses malades mouraient, avec ce traitement il n'en aurait plus perdu un seul. Avec 4 grammes (le quatrième jour) le danger était conjuré dans la plupart des cas. Dès le deuxième jour il se produisait, avec une baisse de la congestion, une disparition des délires, un grand calme, et la fièvre rétrogradait. Le quatrième jour, arrivait la convalescence avec un épuisement qui, il est vrai, était profond et de longue durée. Depuis la communication de Soli-

vetti, j'ai traité nombre de cas graves de delirium acutum et j'ai obtenu les mêmes résultats favorables. L'ergotine (Wernich) a été injectée sous la peau sans avoir été délayée et sans produire d'effets fâcheux et on l'appliquait de cette façon chaque fois que de nouveaux phénomènes fluxionnaires se faisaient sentir.

Le repos absolu, une lumière atténuée, une nourriture aussi substantielle que possible mais non excitante (des œufs, du lait, du bouillon etc.), sont encore des agents nécessaires du traitement. Si le malade entre dans le stade d'engorgement veineux et d'épuisement, il faut essayer du vin, du quinquina et, dans le cas d'insuffisance de l'action du cœur et de phénomènes de collapsus, on donnera du champagne, de l'éther, au besoin du camphre et du musc.

Observation XCI. *Delirium acutum.* — Madame Mesaritz, trente-sept ans née d'un père ivrogne. L'oncle du côté paternel était aliéné. La malade, dit-on, était auparavant bien portante; elle s'est mariée en 1863, a accouché jusqu'en 1874 de quatre enfants sans aucun accident notable, a été atteinte de mélancolie sans délire à son quatrième puerperium, en 1874 ; fut amenée, le 10 juillet 1875, au troisième mois de sa cinquième grossesse, à l'hôpital, à cause de l'aggravation de la mélancolie et a été renvoyée le 5 septembre 1875. La malade accoucha facilement le jour de l'Avent, allaita son enfant un an et demi. Le 1er juillet 1877, elle sevra l'enfant. Le 3 juillet, elle devient triste, anxieuse, bouleversée, sans sommeil et a des visions démoniaques. Le 5 on lui pose douze sangsues. Aussitôt il se produit de la stupeur et ensuite un violent délire. Lors de son entrée à la clinique, le 6, elle avait des règles profuses, du délire d'inanition (épuisement profond, nutrition misérable, hallucinations nombreuses de la vue).

Vers le milieu du mois de juillet il se produit une guérison rapide. Dans la période qui suit elle se porte bien. Le 28 juillet 1877 elle apprend avec beaucoup de résignation la mort de son mari. Le 2 mars 1878, la malade perd le sommeil, se plaint de vertiges et de maux de tête, est inconstante, tantôt d'une gaité exubérante, tantôt plongée dans la douleur. Le 3, rémission profonde. Le 4, de nouveau variation de l'état d'esprit, hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue.

Le 5 mars, il se produit après un mal de tête violent, un trouble profond de l'intelligence.

Lors de sa réception, le 6 mars, elle est en menstruation. Trouble profond de l'intelligence ; elle reconnaît vaguement les endroits et les personnes connues autrefois. Des phases de stupeur et d'immobilité alternent avec des périodes pendant lesquelles elle chante, danse et, poussée par une agitation motrice instinctive, met tout sens dessus sens dessous. Ensuite il y a de nouveau épisodiquement une agitation anxieuse pendant laquelle elle appelle son mari décédé, le voit, lui fait des reproches de l'avoir laissée seule, voit brûler la maison et méconnaît l'entourage dans un sens hostile.

La malade est sans fièvre, les pupilles sont dilatées. Anémie bien nette, nutrition abaissée. Jusqu'au 9, le délire incohérent, la confusion et le trouble de l'intelligence éveillent le soupçon d'une maladie profonde, mais il n'y a ni fluxion, ni fièvre, ni phénomènes d'excitation motrice pour pouvoir établir le diagnostic de delirium acutum.

Le 9 mars la scène change en même temps que les règles cessent. La malade présente une fluxion violente, elle tourne continuellement et comme par obsession au-

tour de son axe longitudinal, se voit sans cesse entourée de flammes, dans le purgatoire, arrache ses vêtements et essaie d'éteindre ce feu imaginaire. Pendant des heures entières il y a de profondes rémissions où elle reconnaît les gens de son entourage. Ce qui frappe pendant ces périodes de rémission, c'est son langage pathétique, ses poses théâtrales allant jusqu'aux phénomènes d'extase. Persistance de l'insomnie. Après une rémission considérable, il se produit, le 10 au matin, avec les symptômes de fluxion, un état d'excitation violente dans lequel la malade frappe sa tête contre le sol, crie, verbigère, grimace et présente du strabisme et du nystagmus. Température : 37°. Pouls à 100. (Bonnet de glace). Au bout d'une demi-heure, en même temps que la fluxion se relâche, la malade gît épuisée et tranquille avec une mine bouleversée et anxieuse. Par-ci par-là elle fait des grimaces. La prise de nourriture se fait sans obstacle. L'après-midi l'excitation se renouvelle.

11 mars : pas de sommeil, tranquille, épuisée, trouble profond de l'intelligence, grimaces, température à 38°,4, langue sèche.

Le 12 mars, nuit tranquille par suite d'une injection de morphine (0,01). Température : 39°. Au cours de la journée profonde rémission avec baisse de la température : 38°, rémission qui par suite de l'emploi de la morphine et des sangsues (le 13 et le 15 quatre sangsues) se maintient jusqu'au 16 mars. Les états d'excitation fluxionnaire deviennent plus rares et s'atténuent ; entre temps il y a des rémissions profondes avec baisse de la température de 39° à 38°. Le 16, nuit tranquille après une violente exacerbation. Bat des mains, happe et souffle avec la bouche, grimace ; strabisme ; elle s'étire et se roule. Température : 39°, pouls à 84, accéléré, vigoureux ; langue crouteuse, sèche ; délires confus d'enfer et de feu.

Le 17, caducité, état adynamique, soubresauts des tendons, tatonnements maladroits, grand trouble dans les images mentales motrices. Grimaces, accentuation des syllabes, verbigération. Tel fut jusqu'au 10 son état interrompu par des rémissions épisodiques mais qui ne représentaient plus que des états d'épuisement et de stupeur (vin, quinquina).

Le 20, la température monte à 40°,5, le pouls à 128. Sueur visqueuse, extrémités froides, ataxie générale, mouvements tactiles et de palpation incertains, parfois encore des grimaces ; se roule, s'étire, se redresse.

L'après-midi, profonde rémission : elle voudrait une fois encore voir ses enfants et puis mourir. « Oh, que ce sera beau dans le ciel d'être réunie avec mon mari ! » Elle demande à se confesser, puisqu'elle mourra aujourd'hui. A midi, vomit sa nourriture avec trois lombrics. Le soir, nouveau vomissement. A neuf heures, mort subite.

Autopsie : Voûte cranienne d'une épaisseur ordinaire, très compacte ; dans la région de l'os occipital, à droite, un peu bombée, méninges intérieures infiltrées de sérosité ; les grosses veines abondamment remplies de sang noir, liquide, petites veines modérément injectées et légèrement troubles, seulement le long du bord médian. Cerveau gonflé. Substance corticale rayée par des vaisseaux injectés, finement ponctuée et à certains endroits légèrement rouge. Cerveau pâteux, substance médullaire assez riche en sang, traversée par des vaisseaux injectés. Hypostase des poumons. Cœur peu contracté, contenant du sang noir, liquide. Myocarde pâle, relâché. Rate augmentée de moitié, brune, pâle, molle. Moelle épinière en général très riche en sang, surtout dans la substance grise.

Observation XCII. *Delirium acutum. Traitement par l'ergotine. Guérison.*— Hélène Baumann, trente-sept ans, servante, non mariée, a été reçue le 25 février 1882, à la clinique psychiatrique de Gratz. Elle est née d'un père ivrogne, souffrait de rachitisme ; était très mal douée et se développa lentement au point de

vue intellectuel, apprit tard à marcher et à parler, fut réglée à l'âge de dix-sept ans avec beaucoup de douleurs. Les règles furent toujours régulières. Pas de maladies graves; elle était très prédisposée aux congestions, intolérante pour les alcools. Au milieu du mois de janvier 1882, la malade entra dans un nouveau service. Elle se sentait depuis longtemps fatiguée, avec faiblesse nerveuse. Le nouveau service était très dur; elle eut beaucoup de contrariétés. Elle sentait ses forces l'abandonner.

Depuis le 13 février la malade était devenue de plus en plus oublieuse et maladroite à l'ouvrage. Elle se plaignait de maux de tête, ne touchait pas au vin distribué aux domestiques disant qu'il lui montait trop à la tête. Le 27 février, elle a été grondée par sa maitresse pour son inaptitude au service. Elle en devint aussitôt toute troublée, ne se connaissant plus, et se mit l'après-midi à délirer. On l'a trouvée debout dans l'âtre, criant, frappant avec les poings contre le mur; elle parlait d'arrestation, disant : Madame est innocente.

Après avoir passé une nuit en délire, et sans sommeil, le 23 la malade se comporte d'une manière bruyante, profondément confuse et montrant des signes manifestes de trouble de l'intelligence. Elle méconnait l'entourage dans un sens terrifiant, disant qu'elle a peur, et parfois elle déclarait aussi qu'elle était tout à fait folle.

La malade n'a pas de fièvre; elle n'est pas congestive; le crâne est hydrocéphale, les organes végétatifs ne présentent rien à noter.

Le 27 et le 28, la malade reste avec un trouble grave de l'intelligence et en confusion délirante. L'irritation craintive et mélangée de colère prédomine; épisodiquement il y a érotisme et allures pathétiques, exaltées. Elle est tout à fait préoccupée de faits illusoires, hallucinatoires; elle n'a pas de sommeil. Par suite de l'emploi du chloral (2 grammes) la nuit du 28 février au 1er mars se passe un peu plus tranquillement.

Le 1er mars le pouls monte à 110, la température à 38°,5. Confusion grave, cris d'angoisse; à l'occasion plaintes de vacarme terrible et que le diable ne la laisse pas tranquille.

Le 2 mars, nuit blanche, agitation anxieuse et irritée, trouble profond de l'intelligence, langue sèche. Jactance, verbigération; elle s'enfonce dans les oreillers. Température de 39° à 39°,5, pouls à 96 et à 110. (Chambre obscure, deux sangsues derrière les oreilles, deux fois par jour 0gr,01 de morphine en injections, bonnet de glace).

Le 3 mars, nuit blanche, jactance énorme, elle s'enfonce la tête dans les oreillers, agite les bras, tambourine d'une manière rythmique avec les jambes. Fluxion violente à la tête. Prise d'alimentation suffisante. Température à 38°,6, à 39°, pouls à 110, à 135. Le soir, deux sangsues.

Le 4 mars. Elle a dormi quelques heures jusqu'à minuit; ensuite nouvelle jactance, s'enfonce la tête dans les oreillers, cris, hurlements, elle ne veut pas se laisser couper en morceaux. Température 39°, pouls à 120. Decubitus. On continue à lui faire des injections de morphine, et le même jour on lui donne deux fois 1 gramme d'ergotine de Wernich en injection sous-cutanée.

Le 5 mars, avec ce remède, le sommeil s'est produit; relâchement de la fluxion et de l'excitation cérébrale. Température : 38°,5; pouls à 96; la langue commence à devenir humide. Un trouble grave de l'intelligence persiste toujours. Vers le soir il y eut de nouveau un peu d'agitation et de fluxion. On fait de nouveau une injection d'ergotine.

Le 6 mars, elle a bien dormi. Température 38°, pouls à 96, signes de lucidité de l'intelligence.

A partir du 7 mars, température 37°,2 à 38°, pouls 84 à 96. Tous les phénomènes d'excitation et de congestion ont disparu. La malade devient lucide et essaie de s'orienter. Toutefois elle est très épuisée physiquement et intellectuellement, a un grand besoin de repos et de sommeil; se sent comme brisée par tout le corps, lasse, caduque, ne supporte pas le moindre bruit, se plaint de sensations alternatives de chaud et de froid, est très émotive, pleurnicheuse, et constate avec douleur et de temps en temps son incapacité intellectuelle. Quand elle ferme les yeux, des fantômes et une foule d'idées confuses et pénibles se présentent. Avec le repos au lit, le quinquina, du vin, de la bonne nourriture, des bains tièdes, la malade se rétablit physiquement et intellectuellement. Vers la fin du mois de mars elle est en état de passer quelques heures hors du lit. A cet état se joint un état d'asthénie cérébrale et spinale avec pression à la tête et irritation spinale, état qui dure plusieurs mois et qui ne s'apaise d'une façon satisfaisante qu'au cours de l'été.

Quand elle fut renvoyée, le 28 avril, la malade confirma l'anamnèse que nous venons de citer, notamment le surmenage et les contrariétés de son service. Depuis le 20 février, elle n'avait plus eu ni repos, ni sommeil réparateur, et elle avait senti dans sa tête une confusion et une lourdeur croissantes. Après la scène du 24 février, elle est devenue peureuse; elle ne pouvait plus s'orienter. De tout ce qui s'est passé depuis jusqu'au milieu du mois de mars, elle n'a qu'un souvenir tout à fait sommaire; elle était couchée dans l'eau, la ville de Gratz était en feu, elle voyageait en chemin de fer, voyait la guerre, des meurtres, le diable, elle sentait brûler sa nuque, elle entendait chanter, elle craignait d'être assassinée.

CHAPITRE II

DÉMENCE PARALYTIQUE[1]

(PÉRIENCÉPHALO-MÉNINGITE DIFFUSE)

On peut définir cliniquement cette maladie : une maladie cérébrale ordinairement chronique avec troubles des fonctions psychiques et troubles vaso-moteurs, à marche progressive, d'une durée moyenne de deux à trois ans, et ayant presque toujours une terminaison fatale.

Les troubles psychiques consistent dans une baisse progressive de toutes les facultés intellectuelles, baisse qui peut aller jusqu'aux stades extrêmes de l'imbécillité apathique. Sur cette base se rencontrent des états variant entre la mélancolie, la manie, la folie frénétique, les délires des grandeurs, d'anéantissement, de persécution, à caractère hypocondriaque, la stupeur, etc.

Les troubles moteurs consistent en troubles généraux, variables, mais progressifs, de la coordination des mouvements et allant jusqu'à l'incapacité complète de la coordination.

D'une manière intercurrente, on rencontre des insuffisances musculaires, des parésies allant jusqu'aux paralysies, des accès apoplectiformes et épileptiformes.

Les troubles vaso-moteurs consistent en une parésie progressive des nerfs vaso-moteurs allant jusqu'à leur paralysie complète. Passagèrement cette paralysie vasculaire peut amener des accès de vertige, de congestion, de frénésie, etc.

Au point de vue anatomique on a envisagé cette maladie comme une méningite chronique (Meyer), une atrophie cérébrale (Erlenmeyer), une cérébrite corticale générale (Parchappe), une périencéphalo-méningite diffuse chronique (Calmeil).

Cette dernière désignation est la plus large et la plus acceptable pour

[1] Littérature : concernant les ouvrages jusqu'en 1867, consulter l'énumération faite par l'auteur de ce livre dans l'*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1866, fasc. 6. Les travaux les plus importants publiés depuis sont : Westphal, *Arch. f. Psych.*, I, p. 44. — Schüle, *Sektionsergebnisse bei Geisteskranken*, Leipzig, 1874. — Le même, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 32, p. 581. — Le même, *Manuel*, p. 505. — Voisin. *Traité de la paralysie générale des aliénés*, Paris, 1879. — Mendel, *Die progr. Paralyse der Irren*, Berlin, 1880.

les cas de paralysie classique. Chez les profanes l'expression d'ailleurs très inexacte de « ramollissement cérébral » a cours. Cliniquement on l'a désignée tantôt comme une démence avec paralysie (inexactement, car les troubles moteurs ne sont pas des complications mais des symptômes intégrants de la maladie), tantôt comme ataxie motrice générale et progressive des aliénés, comme une aliénation paralytique (dementia paralytica).

Tableau d'ensemble et marche de la maladie

Avant d'entreprendre la discussion de détail des symptômes, il nous paraît nécessaire de donner un aperçu général de la marche et du groupement symptomatique de la maladie.

Les symptômes vaso-moteurs sont les premiers qui apparaissent, après viennent les symptômes psychiques et moteurs. Les symptômes psychiques peuvent arriver simultanément avec les symptômes moteurs ou les précéder ; ce n'est que rarement qu'ils leur succèdent.

Les altérations de l'écorce cérébrale qui provoquent ces symptômes se développent dans l'immense majorité des cas progressivement et ce n'est qu'après avoir atteint un certain degré d'intensité et d'extension, qu'elles provoquent des phénomènes notables d'excitation et de lacune dans la sphère psychique et motrice. Cette période de développement de la maladie jusqu'à l'acmé (manie, délire des grandeurs, etc.) et jusqu'à la destruction de la vie sociale et psychique, peut durer plusieurs années. Les phénomènes de ce stade prodromique sont au commencement susceptibles d'interprétations multiples et souvent pendant longtemps ils ne comportent que le diagnostic général d'affection cérébrale diffuse. Même la signification organique de celle-ci peut être douteuse au début, car les symptômes peuvent tout d'abord répondre à ceux d'une neurasthénie cérébrale grave (épuisement intellectuel, difficulté du travail intellectuel, facilité de la fatigue intellectuelle, attention se fatiguant promptement, mémoire difficile, faiblesse irritable des sens émotifs, agrypnie, pression à la tête, congestions, vertige, etc.).

La ressemblance des symptômes peut être encore plus complète par le fait que d'un côté des rémissions considérables se produisent pendant lesquelles la capacité virtuelle, spécialement celle de la mémoire, se montre encore intacte, et que d'un autre côté la dépression hypocondriaque qui manque rarement chez le neurasthénique avec l'observation minutieuse de lui-même et l'exagération de ses maux, peuvent donner l'idée d'un « ramollissement » imminent ; le tædium vitæ qui se manifeste également dans ces cas simule les symptômes d'une paralysie hypocondriaque.

Dans d'autres cas les premiers symptômes consistent en congestions, maux de tête, vertiges ou en accès étranges de migraine (ophtalmique)

qui se distinguent de ceux de l'hémicranie ordinaire par des scotomes ciliaires, de l'hémianopsie, des douleurs violentes aux tempes et des sensations de tension douloureuse dans l'œil affecté, comme dans un accès de glaucome aigu (Charcot). Peu à peu la situation s'éclaire, il se produit des phénomènes de lacune notables, durables et progressifs, dans l'ensemble de la personnalité psychique.

« Le malade devient un tout autre personnage sans qu'il s'en aperçoive » (Schüle). Sous ce rapport, le premier et le plus important phénomène qui se présente, c'est l'obnubilation de la conscience, un état crépusculaire de l'esprit qui, au début, permet encore souvent une lucidité temporaire, mais qui, déjà à ce stade, va épisodiquement jusqu'à la suppression du sentiment de soi-même et rompt ainsi la continuité de l'existence psychique.

Dans ce crépuscule croissant de l'intelligence, le malade n'a plus connaissance des troubles nombreux et des lacunes que son intelligence, sa mémoire et son caractère subissent.

Cette obnubilation de la conscience se manifeste d'abord cliniquement dans deux parties principales de la conscience, dans le manque d'orientation concernant le temps et le lieu : le malade arrive trop tôt ou trop tard, fait de la nuit sa journée, se perd dans des rues bien connues, etc.

Par la même raison il commet une série de bévues dans la vie sociale : il se montre dans une toilette défectueuse au salon, en robe de chambre dans la rue, fume au théâtre, garde son chapeau sur la tête quand il est à l'église, etc.

Au trouble de la conscience se joignent de bonne heure des phénomènes de faiblesse concernant l'attention, le jugement et la mémoire, avec les nombreux lapsus judicii et memoriæ qui en résultent. L'attention affaiblie suppose des lacunes et des inexactitudes dans la perception ; la faiblesse des images de souvenir donne lieu en même temps à des confusions de personnes et de situations, la faculté de critique, la réflexion et la mémoire affaiblies mènent à des erreurs de souvenir, à la confusion des choses rêvées ou lues avec les choses vécues, à la localisation fausse dans le passé. De plus en plus s'efface aussi la faculté du cerveau malade à retenir les nouvelles impressions : les faits du passé le plus récent s'effacent immédiatement ; une visite, un repas, une affaire sont aussitôt oubliés ; le malade, par exemple, raconte dans la même soirée plusieurs fois la même anecdote.

Avec le temps disparaissent non seulement des faits isolés, mais des chapitres entiers du passé le plus récent (jeune mari oubliant qu'il est marié, père, etc.).

Des phénomènes de lacune concernant les fonctions éthiques et esthétiques se montrent aussi d'assez bonne heure, tels que : indifférence morale pour la profession, la famille, des intérêts intellectuels autrefois très prisés, l'art, la science, etc., avec préférence des plaisirs grossièrement matériels (manger, boire, dormir), ce qui est deux fois significatif quand le malade était auparavant un homme de goût délicat et aimant

avant tout les plaisirs intellectuels. Dans la suite, au cours de la maladie, les infractions les plus grossières contre les bonnes mœurs, la morale, la loi, les devoirs professionnels et familiaux et les obligations sociales, peuvent se produire. Le malade, déjà très atteint dans ses facultés intellectuelles les plus élevées, ne s'aperçoit pas, ce qui est très caractéristique d'ailleurs, combien il se compromet et il réagit d'une manière grossière et même brutale si des amis, des membres de sa famille, des supérieurs hiérarchiques lui font des observations sur sa conduite.

Chez beaucoup de malades, la vie émotive gravement atteinte ne se manifeste pas seulement par des phénomènes de lacune mais aussi par des phénomènes de susceptibilité exagérée, par exemple par une émotivité puérile, ou par une irritabilité extrême aux émotions morales. Avec le crépuscule intellectuel de plus en plus profond, avec l'insuffisance éthique et intellectuelle, la faiblesse de la mémoire, la distraction, la paresse, la faiblesse de la volonté, le relâchement des jugements esthétiques et moraux, avec la négligence de plus en plus grande des devoirs les plus importants de la vie professionnelle et familiale, avec l'apparition éventuelle du penchant aux débauches et au gaspillage, l'existence sociale devient de plus en plus précaire et pourtant, chose bien caractéristique, l'entourage souvent juge mal et avec un optimisme déplacé les menées du malade qui, à son grand détriment et au détriment de ses subordonnés, reste très longtemps encore à son poste.

Ainsi on a vu des officiers supérieurs, malgré leur malpropreté et leur négligence grossières, en dépit du traitement insensé et souvent barbare qu'ils font subir à leurs soldats, continuer à faire leur service jusqu'à ce qu'un état d'excitation maniaque paralytique amène la délivrance.

Ainsi il arrive dans le monde bureaucratique que le fonctionnaire estimé qui est aujourd'hui reçu à l'asile était hier encore en fonctions, bien que depuis une année déjà il ne vînt que très irrégulièrement au bureau, restât en arrière pour ses travaux, oubliât de les terminer, s'endormît pendant les séances, ne pût pendant des semaines entières retrouver des dossiers importants qui lui avaient été confiés et qu'ensuite le garçon de bureau retrouvait au panier.

Chez un négociant la faillite se déclare. Depuis longtemps il a été négligent dans sa comptabilité; à plusieurs reprises il a laissé dans la serrure la clef de la caisse, égaré des correspondances, perdu des titres, des valeurs ; dans ses livres on trouve sur des pages qui remontent à des mois des erreurs de date et de calcul, des lettres omises dans les mots ou des mots omis, des taches, des changements d'écriture, etc.

A côté de ces symptômes diffus et psychiques, on rencontre souvent de bonne heure des phénomènes en foyer dans le sens d'une aphasie temporaire, généralement amnestique, plus rarement ataxique, et des maladresses insignes dans les mouvements appris, maladresse qui étonne même le malade et qui est causée par le manque d'images mentales motrices.

C'est probablement à des faits analogues qu'est due la lourdeur occasionnelle de la langue, l'hésitation dans le langage, l'incapacité à répéter

complètement les phrases dictées. Parmi les symptômes somatiques du stade prodromique, il faut citer : le myosis, l'inégalité des pupilles, les symptômes tabétiques, une innervation inégale et variable des deux moitiés de la figure, des convulsions fibrillaires des muscles de la langue, du trémor épisodique des extrémités, des malaises paralgiques, le pouls lent, les congestions, l'intolérance pour l'alcool et la chaleur, le mal de tête, la pression à la tête, le vertige, les accès occasionnels de syncope, le vertige et même l'apoplexie avec trouble mental de plusieurs heures, trouble d'élocution en même temps qu'une régression rapide des symptômes sans que des phénomènes de paralysie persistent.

Dans certains cas rares le tableau de la démence paralytique n'évolue pas en débutant par ce stade prodromique de troubles vaso-moteurs et de phénomènes de lacunes psychiques, mais par un tabes dorsalis (forme ascendante de la paralysie), ou bien il vient s'ajouter à un trouble mental qui s'est développé depuis longtemps et qui persiste à côté de la paralysie (paralysie secondaire[1]), ou bien la maladie se développe à la suite d'une psychonévrose ordinaire entièrement guérie ou guérie en laissant une défectuosité (par suite des phénomènes de faiblesse psychique qui sont restés comme résidus). Dans le premier cas la paralysie apparaît comme une simple complication de la psychose, de même qu'elle peut aussi atteindre un homme jusque-là bien portant. Dans le dernier cas cette question se pose : la psychonévrose qui a précédé n'était-elle pas déjà le premier acte (Schüle), le stade prodromique, de la maladie paralytique?

Il devient ainsi difficile de juger certains cas de psychose, car on peut s'attendre à ce que le tableau de la démence paralytique se développe au cours de la maladie (comp. Schüle, *Beiträge z. Kenntniss d. Paralysie*).

La fin du stade prodromique est souvent amenée par un accès apoplectiforme ou épileptiforme.

L'apparition des symptômes psychiques peut alors se faire, à l'acmé de la maladie, de trois manières différentes :

1° Après le stade prodromique que nous venons de décrire, il se produit une excitation maniaque qui, par suite de causes extérieures et intérieures, s'accentue de plus en plus, s'allie avec le délire des grandeurs et atteint rapidement la hauteur de la folie frénétique.

La folie frénétique s'accentue à son tour jusqu'au delirium acutum; le malade meurt à ce moment ou bien, parce qu'il est placé dans les conditions hygiéniques favorables d'un asile d'aliénés, la folie frénétique retombe au niveau d'une exaltation maniaque avec délire des grandeurs. Cet état d'excitation fait place à une démence progressive et alors des retours de l'excitation maniaque et du délire des grandeurs peuvent encore se présenter.

Dans d'autres cas, par suite d'une rémission très prononcée qui peut durer des mois et des années, une trêve succède à l'excitation maniaque

[1] Comparez : Baillarger, *Ann. méd. psych.*, 1877, p. 423. — Voisin. *Traité*. p. 18. — Hostermann, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 32; cas 1, 2, 3, p. 220 du Traité : *Psychoses combinées*.

avec délire des grandeurs. Tôt ou tard l'agitation maniaque avec délire des grandeurs éclate de nouveau et la fin est la même que dans le premier cas (forme classique).

2° Après le stade prodromique il se produit un état hypocondriaque ou mélancolique de plus en plus envahi par la démence ou qui se termine en apparence par une rémission profonde. Après une durée plus ou moins longue de cette dernière, le tableau de l'évolution hypocondriaque ou classique de la paralysie se présente de nouveau (forme mélancolique de la paralysie). Les délires mélancolique ou mégalomaniaque peuvent alterner constamment et d'une manière typique; on a aussi établi une forme « circulaire » de la paralysie.

3° Au stade prodromique succède une démence primaire progressive. Ici il ne se produit pas de manie avec délire des grandeurs, mais des rémissions ou des accès de frénésie peuvent se présenter (forme simplement démente de la paralysie).

Ces trois modes d'évolution de la démence paralytique paraissent basés sur des différences anatomiques du processus, de sorte qu'il est possible que la démence paralytique telle qu'on l'envisage encore aujourd'hui ne soit qu'une entité clinique collective.

Pour la paralysie à forme classique seule on peut admettre avec certitude l'existence d'une périencéphalite, tandis que pour la forme démente on pourrait admettre une simple maladie atrophique et non inflammatoire de l'écorce, état que Schüle a admis pour la démence paralytique en général. La forme mélancolique aussi mérite une place à part au point de vue anatomique dans le sens d'un processus dégénératif tel que dégénérescence kystique de l'écorce cérébrale (par des kystes de la grosseur d'une tête d'épingle qui se produisent probablement par suite d'étranglement des troncs périlymphatiques, étranglement causé par l'envahissement du tissu conjonctif qui prolifère sur les parois des vaisseaux (Ripping) et par la dégénérescence colloïde des vaisseaux.

A côté de l'évolution psychique qui peut varier, il y a en grand nombre des troubles éminemment vaso-moteurs et moteurs. Par moments des accès de congestion, de vertige, de syncope à forme apoplectique sont amenés par une paralysie passagère des vaisseaux dans le domaine du sympathique jugulaire; le langage devient hésitant, ralenti, maladroit, mal articulé, balbutiant; les mouvements des mains deviennent tâtonnants, maladroits; la marche devient peu assurée, chancelante, trébuchante; comme résidu des accès apoplectiques et épileptiques, le malade peut garder une tendance à se pencher d'un côté; la mine devient atone, sans expression; certaines régions faciales deviennent parétiques; du trémor de la langue, des doigts, un tremblement des lèvres se produisent; les pupilles paraissent inégales, tantôt mydriatiques, tantôt myotiques.

Tous ces troubles moteurs présentent une grande variabilité d'intensité et d'extension; ils sont parfois à peine perceptibles, à d'autres moments très saillants, notamment après les accès paralytiques; mais en général ils sont progressifs.

La forme du stade terminal est une et la même pour tous les malades, quelle qu'ait été l'évolution ou la forme de la période intervallaire.

Les malades sont devenus apathiques, idiots; ils n'ont plus la notion ni du temps, ni des lieux; leur langage n'est plus qu'un balbutiement et un avalement de syllabes inintelligibles, effet combiné d'une aphasie amnestique et d'une paralysie complète de la coordination; la démarche devient de plus en plus pénible et à la fin impossible, bien que la force des muscles soit conservée; les mains sont devenues inutilisables par suite de l'ataxie et de la perte des images mentales des mouvements, de sorte que les malades doivent être gavés comme de petits enfants. Par suite du trouble de l'intelligence et de l'insuffisance des sphincters, ils deviennent malpropres; la paralysie vasculaire a atteint son apogée et se manifeste aux extrémités qui sont livides, froides, œdémateuses, par le pouls monocrote, tardif, et par une baisse anormale de la chaleur du corps (par suite de l'augmentation des pertes de chaleur).

Par-ci par-là il se produit encore des accès de congestion hémilatérale ou des deux côtés dans le domaine du sympathique jugulaire, avec agitation temporaire, jactance, verbigération et insomnie, ou bien aussi des accès apoplectiformes et épileptiformes.

Dans ce stade il y a presque constamment un grincement spasmodique des dents souvent continuel. Alors apparaissent aussi les troubles trophiques. La corpulence qui s'était maintenue disparaît malgré une riche alimentation; les côtes deviennent fragiles; il se produit des tumeurs aux oreilles, du décubitus, des pneumonies hypostatiques, des inflammations de la vessie et le malade périt par suite du décubitus qui peut ouvrir même la cavité vertébrale, par la pyémie, par la pneumonie, la cystite avec pyélonéphrite, par la paralysie bulbaire de la déglutition, par étouffement causé par un morceau de nourriture resté dans le pharynx, ou encore par suite d'un accès épileptiforme ou apoplectiforme.

L'autopsie [1] fait constater dans le cas de paralysie classique les symptômes d'une maladie chronique diffuse des méninges et de la substance cérébrale, maladie à laquelle s'ajoutent encore certaines modifications de de la moelle épinière.

L'extension des altérations de la pie-mère et de la surface du cerveau qu'on peut considérer comme chroniques et inflammatoires, se limite au domaine de la carotide (lobe frontal et parties avoisinantes) et pénètre très rarement dans la région vasculaire de l'artère vertébrale.

Il s'agit donc essentiellement d'une périencéphalo-méningite diffuse chronique du cerveau antérieur. Tantôt ce sont les phénomènes de la méningite (opacités blanchâtres et épaississement de la pie-mère, intenses

[1] Tigges, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 20. — Meynert, *Wien. med. Ztg.*, 1886. 22, 28 et *Vierteljahrsschr. f. Psych.*, 1867, 2, 1868, 3 et 4. — Meschede, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 29, p. 587 et *Virchows Arch.*, 34, 56. — Magnan et Mierzejewsky, *Arch. de Physiol.*, 1873. — Schüle, *Sektionsergebnisse*, Leipzig, 1874 et *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 32, p. 581. — Mierzejewsky, *Arch. de physiol.*, 1875. — Lubinoff, *Virchow's Arch.*, 57 et *Arch. f. Psych.*, IV, p. 579. — Schüle, *Ibid*, p. 529.

surtout le long des grands vaisseaux), tantôt ce sont les phénomènes d'atrophie corticale (rétrécissement des circonvolutions, dépressions en forme de petites fosses, sillons béants) qui prédominent, et le fait que l'intensité de ces processus n'est pas toujours la même dans les diverses régions qui en sont atteintes, prouve que ces processus ne dépendent pas directement l'un de l'autre.

Comme complication et comme phénomènes consécutifs il se produit de la pachyméningite hémorragique qui n'est pas limitée au territoire de la leptoméningite chronique, de l'atrophie et de la sclérose de la substance médullaire des hémisphères cérébraux, de l'épendymite chronique ventriculaire avec formation de granulations, de l'hydrocéphalus e vacuo externe et interne, parfois aussi une dégénérescence grise des nerfs optiques et olfactifs.

Comme phénomènes terminaux et d'agonie on trouve des œdèmes de la pie-mère et du cerveau. Les altérations microscopiques[1] consistent dans la dilatation des vaisseaux et des espaces périvasculaires, dans la migration des globules sanguins, la prolifération exubérante des noyaux de l'adventice, dans la néoplasie et en partie dans l'oblitération des vaisseaux.

Sur la glia, les processus sont ceux d'une inflammation chronique menant à la sclérose (gonflement des cellules plasmatiques, prolifération) et qui, d'après Lubinoff, peut être décelée dans le lobe frontal, dans le corps denté du cervelet, parfois aussi dans la région du noyau facial et autour des olives, et qui, d'après Magnan et Mierzejewsky, se propage soit de l'écorce cérébrale vers le centre, soit de l'épendyme du ventricule épaissi et couvert de granulations (petits fibromes) dans la direction de la périphérie de la masse cérébrale.

Les altérations des ganglions sont en partie des processus d'excitation (prolifération des noyaux), en partie des processus de dégénérescence (pigmentation, graisse); les fibres nerveuses périssent alors par une simple désagrégation granuleuse et par dégénérescence amyloïde.

Les altérations qui existent presque régulièrement dans la moelle épinière ont été pour la première fois minutieusement étudiées par Westphal[2].

Outre une pachyméningite interne assez fréquente et des altérations inflammatoires chroniques de la pie-mère, il s'agit ici essentiellement de deux sortes de processus :

α). D'une dégénérescence grise des cordons postérieurs dans toute leur longueur, dégénérescence qui se développe toujours sur les cordons cunéiformes de Goll et qui peut être limitée à ceux-ci dans la région jugulaire ;

β). D'une myélite chronique de la partie postérieure des cordons latéraux, c'est-à-dire d'un processus de prolifération du tissu conjonctif inters-

[1] Comparez l'exposé précis du *Manuel* de Schüle, p. 526, avec utilisation de toute la litterature moderne.

[2] *Virchow's Arch.*, 39. 40. — V. ensuite Simon, *Arch. f. Psych.*, I, II. — V. Rabenau, *Ibid.*, III, IV. — Meyer, *Ibid.*, III. — Tigges, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 29, fasc. 2.

titiel avec formation de cellules granuleuses, mais sans atrophie des fibres nerveuses.

Ce dernier processus pourrait avec raison être considéré comme une affection secondaire de la moelle (dégénérescence descendante) par suite d'une maladie intense des régions corticales motrices et trophiques comme centres de cette voie conductrice.

Symptomatologie spéciale

1. *Symptômes psychiques.*— Le cadre fondamental de la maladie psychique est tout entier dans les symptômes de débilité psychique qui se trahissent particulièrement par le caractère superficiel des émotions, le manque d'énergie dans les efforts, l'affaiblissement de la logique, de la critique et de la mémoire, en général par la baisse des facultés intellectuelles et éthiques, par le trouble profond de l'intelligence.

Ces défectuosités donnent aux émotions psychiques qui se développent sur la base de la démence paralytique des caractères particuliers qui permettent de les distinguer des défectuosités qui ne se sont pas développées sur la base de la faiblesse psychique. Dans certaines circonstances ces signes particuliers peuvent indiquer à l'homme expert leur origine particulière (démence paralytique), quand même il y aurait absence temporaire des troubles moteurs.

Les états maniaques dans la paralysie passent par tous les degrés de l'agitation, et vont de la simple exaltation maniaque jusqu'à la folie furieuse.

Ce qui distingue l'exaltation maniaque due à la paralysie d'une exaltation ordinaire, c'est tout d'abord, outre le stade prodromique suspect et en dehors de la présence des troubles moteurs (myosis des pupilles est un fait fréquent et d'une grande importance) et vaso-moteurs, l'opinion excessive que le malade a de lui-même et qui peut aller jusqu'aux idées de grandeur désultoires anticipées, la manie d'acheter et de spéculer alliée au caractère insensé des entreprises et des projets (achats nombreux), le penchant aux plaisirs alcooliques et surtout sexuels. Le trouble grave de la raison chez les malades en apparence encore lucides se trahit alors par une lascivité frappante et par un sans-gêne extraordinaire dans la satisfaction des besoins sexuels, puis par l'indifférence morale qu'ils montrent quand on leur fait observer l'inconvenance de leur conduite. En même temps il subsiste un trouble de la conscience frappant et des lapsus memoriæ par suite desquels ils oublient les noms et les faits, ils s'égarent dans des rues connues, entrent dans le domicile d'étrangers croyant que c'est le leur, perdent leur argent dans des excursions sans but, oublient leur malle et leur parapluie, jusqu'à ce que, dévalisés et tout en guenilles, ils soient parfois ramenés par les agents de l'autorité comme des vagabonds. Souvent cet état d'excitation est accompagné par la cleptomanie et l'aplomb bête montré dans l'enlèvement des objets ainsi que dans la déné-

gation du vol; il est alors non moins significatif que la distraction, le trouble de l'intelligence et la faiblesse de mémoire des malades.

Ordinairement à cette période l'entourage commence à reconnaître aussi cet état comme morbide. Malheureusement on ne s'aperçoit pas de l'extension des troubles; on se contente d'un voyage dans une station thermale, dans un établissement hydrothérapique, d'une cure de distraction pour calmer les nerfs qu'on croit seulement agités et par là on donne au malade le temps de gaspiller son argent, de préparer la ruine financière de sa famille par des traités absurdes, des achats et autres spéculations insensées, et de supprimer la dernière chance de guérison en laissant persister l'excitation cérébrale et les excès.

Les accès de folie furieuse des paralytiques peuvent succéder à l'agitation maniaque sous l'influence combinée des excitations externes et internes; mais dans la plupart des cas ils apparaissent brusquement, immédiatement, atteignent rapidement leur acmé pour retomber aussi promptement à l'état de calme. Ils peuvent se présenter à plusieurs reprises au cours de la maladie et apparaître encore dans le stade de démence finale. Ils ont une durée de plusieurs jours qui peut aussi s'étendre à plusieurs semaines, débutent souvent par une paralysie vasculaire qui peut aussi les accompagner, vont parfois de pair avec de la fièvre[1] et des phénomènes d'excitation (grincements de dents), et sont probablement l'expression de phénomènes fluxionnaires dans la pie-mère et dans l'écorce cérébrale.

La folie furieuse des paralytiques est dans la plupart des cas excessivement violente, conformément au caractère idiopathique grave de cette complication et au grand trouble de l'intelligence. Les hurlements, les cris, la destruction aveugle, le barbouillement, l'absorption d'excréments sont ici des phénomènes tout à fait ordinaires. Il y a en même temps une grande confusion mentale et un grave trouble de l'intelligence; dans la plupart des cas il y a aussi de la salivation.

Les états mélancoliques dans la paralysie ont le cachet d'un trouble grave de cause organique, car ils se présentent sous la forme de mélancolie stupide ou de mélancolie agitée, avec une angoisse violente allant jusqu'à la panphobie, et ils se compliquent de bonne heure de phénomènes de paralysie vasculaire avec troubles moteurs. Le trouble profond de la conscience, le caractère purement primordial des délires avec idées d'anéantissement et souvent aussi avec idées hypocondriaques, l'apparition rapide des phénomènes de faiblesse psychique, l'absence d'émotions profondes quand l'angoisse et la panphobie, d'origine organique, ne se produisent pas, la réaction démente qui s'ensuit et qui se manifeste par des cris et des lamentations enfantines, l'apparition occasionnelle de délires ambitieux au milieu de délires mélancoliques nihilistes, donnent à ces

[1] Mais pas toujours, ainsi que l'a cru L. Meyer, qui a essayé de les rattacher à l'exacerbation d'une méningite chronique.

Schüle, dans son *Manuel*, conteste même que les paroxysmes de folie furieuse de la forme classique de la paralysie soient accompagnés de fièvre.

états un cachet particulier. C'est précisément ici que les troubles moteurs (surtout myosis, pupilles inégales, convulsions fibrillaires dans la langue et dans les muscles de la figure, parésies de ces muscles, grincements de dents) et vaso-moteurs (paralysies vasculaires dans la région du sympathique jugulaire) apparaissent ordinairement assez tôt, de sorte qu'en général il n'est pas difficile d'établir le diagnostic.

Le relevé des températures aussi peut être important pour la différenciation des tableaux mélancoliques et maniaques des paralytiques d'avec ceux de la mélancolie et de la manie ordinaires, car, selon Reinhard, la température de la tête plus élevée que la température axillaire, les oscillations extraordinaires de la chaleur du corps pendant la journée, la présence occasionnelle de températures générales légèrement fébriles sans cause appréciable, rendent le tableau clinique très suspect de paralysie.

Le délire des grandeurs[1] est un phénomène excessivement fréquent au cours de la paralysie. Il n'est cependant ni primaire ni essentiel ni spécifique, comme on l'a souvent cru. Pourtant la façon dont il se manifeste sur le terrain de la faiblesse psychique a une importance diagnostique et peut à elle seule indiquer la base paralytique de la maladie.

α). Les délires des grandeurs des paralytiques sont monstrueux, fantastiques, dépassent de loin la sphère du possible et se placent au-dessus des limites du temps et des lieux. La faculté de critique des malades est tellement abaissée que chaque idée devient désir, et que la chose désirée se transforme immédiatement en réalité; l'imagination est sans frein dans l'évocation des images de puissance et de grandeur, images dont la plastique et l'envergure sont cependant en contraste pitoyable et puéril avec le détail de l'échafaudage.

Ainsi, par exemple, un malade annonce un jour que la nuit il est devenu Dieu tout-puissant et qu'il se fera pousser des cheveux bleus. Pour arriver au ciel il fera construire un funiculaire qui l'y mènera. En général, ces malades se grisent d'idées formidables de puissance et de richesse. Ils se croient Napoléon, César et Bismarck à la fois, Dieu, la suprême divinité; autour d'eux tout est de l'or, tout se transforme en or, même leurs excréments. Un malade prétendait avoir construit sur la terre des chaussées dans tous les sens, et du point de départ de toutes ces routes où se trouve sa demeure, un château en diamants, il gouverne le monde. Afin de pouvoir à l'occasion se promener dans la lune, un autre malade prolongera son pénis à l'infini, le lancera jusqu'à la lune et y montera par cette voie en se poussant lui-même dans une brouette.

β). Dans sa faiblesse psychique le malade ne sait pas motiver ni coordonner ses idées délirantes: il ne s'aperçoit pas de leur manque de logique, ni de leur caractère contradictoire qui fait que l'une exclut diamétralement l'autre.

[1] Comparez la description de Meschede, *Virchow's Arch.*, 34. — Falret, *La folie paralytique*. — Newmann, *Lehrbuch*, p. 123.

γ). Il se grise de sa richesse et de sa puissance imaginaires, sans faire un effort sérieux dans le sens de ses idées délirantes et, s'il assemble ses forces pour cet effort, un prétexte puéril suffit pour l'en détourner, étant donné sa faiblesse de mémoire, le trouble de son intelligence et la baisse de sa faculté à exercer une critique. D'autre part, par suite de son jugement affaibli, une idée vive devient pour lui tout de suite une réalité et il n'est pas difficile d'amener ces malades crédules aux idées délirantes les plus absurdes.

δ). Un phénomène peu fréquent mais dont la présence est, au point de vue du diagnostic, très importante par le fait qu'il ne se rencontre que dans la démence paralytique et sénile, c'est que le délire des grandeurs primordial alterne avec un délire micromaniaque.

Là encore se montre la monstruosité du délire : idée de n'être plus qu'un Nain haut d'un pouce à peine, d'être décédé à plusieurs reprises, etc.

Chez les femmes[1], le délire des grandeurs apparaît moins ; il est plus modeste. Il apparaît plutôt comme une élévation des conditions de la vie quotidienne. Les malades ont de belles robes de soie, beaucoup de bas ; souvent l'idée délirante a aussi une nuance sexuelle, elles ont donné naissance à de beaux enfants, tous jumeaux ; elles accouchent tous les jours, etc.

Délire hypocondriaque. — Les délires hypocondriaques des paralytiques présentent aussi des particularités qui les font distinguer de l'hypocondrie ordinaire.

Là encore on rencontre ce caractère monstrueux de l'absurde, résultat fatal du trouble profond de l'intelligence et du jugement.

Tandis que l'hypocondriaque ordinaire délire dans la sphère du possible, le délire du paralytique se meut dans le domaine de l'impossible.

Les malades se croient plus petits, plus grands ou même de forme triangulaire ; leur tête, leur langue ont disparu, leurs organes sont desséchés, leurs orifices bouchés : ils ne peuvent plus manger ni déféquer ; depuis des mois entiers ils n'ont pas eu de selles. Un de mes malades s'étonnait de la longueur colossale de son corps, car autrefois il n'était que de la grandeur d'un point. Il se plaignait que son cerveau n'était plus qu'une bulle d'air, qui lui était descendue dans le ventre ; son ventre est rempli d'électricité, son cerveau s'est transformé en soleil (réminiscence du plexus solaire) et c'est avec ce cerveau-soleil qu'il a incendié l'univers. Un autre malade se plaignait sans cesse que son larynx était tombé dans son estomac, qu'après un lavement tous ses intestins étaient partis, que sa langue ne tenait qu'à un fil, que sa colonne vertébrale était rompue, que son sang était empoisonné avec de l'acide prussique, etc.

Ces délires sont en partie de nature primordiale, en partie l'allégorisation fausse et démente de sensations réelles (anesthésies, etc.).

[1] A voir sur la démence paralytique dans le sexe féminin : Sander, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1870, 7. — V. Krafft, *Arch. f. Psych.*, VII. — Jung, *All. Zeitschr. f. Psych.*, 35, p. 235 et 625 ; 36, p. 406.

La démence primaire progressive[1], à notre époque la forme décidément la plus fréquente de la paralysie, présente des symptômes qui diffèrent de ceux de la démence ordinaire. La sensation individuelle et la perception du monde extérieur n'ont pas dans ce cas le caractère indifférent qu'on rencontre dans la démence ordinaire, mais elle est relevée, optimiste; de bonne heure se montre un trouble profond de l'intelligence concernant les notions de temps, d'espace, de personnes; les malades mènent une véritable existence crépusculaire. Souvent les formes extérieures des convenances, de la politesse, de la bonne conduite militaire se conservent pendant une longue période et masquent la défectuosité.

Le trouble de la mémoire aussi a un caractère particulier. Tandis que les choses vécues dans un passé très reculé sont encore fidèlement reproduites, celles du passé récent (repas, visites, etc.), sont aussitôt oubliées.

Les rémissions[2] au cours de la maladie peuvent se produire à chaque moment et durer pendant des semaines, des mois et mêmes des années. Elles sont très étendues, notamment dans les premiers stades de la maladie, et peuvent souvent être prises pour des intermissions ou des guérisons. Cependant toujours se montrent des signes de faiblesse mentale, des conceptions troublées, une grande facilité à subir un ascendant, une plus grande excitabilité, toutes sortes d'anomalies du caractère En même temps le malade ne reconnaît qu'imparfaitement le caractère morbide de la période de maladie qu'il a traversée. La physionomie aussi demeure changée, morbide dans la plupart des cas. Des troubles moteurs, de légers accès de vertige et de congestion se montrent par-ci par-là et dénotent la continuité de l'existence d'altérations graves du cerveau.

2° *Troubles moteurs.* — Leurs signes généraux sont leur grande extension, leur caractère incomplet, leur variabilité en ce qui concerne l'intensité et l'extension, leur progression et leur extension avec le trouble de coordination.

Ils se rencontrent dans le domaine du langage, de la voix, des muscles oculaires, des muscles de la mimique, des extrémités. D'ordinaire c'est le langage et la voix qui sont les premiers atteints.

Le trouble du langage[3] est essentiellement un trouble coordinateur (trébuchement des syllabes) lorsque, par suite de la conception démente du mouvement du mot entier, l'image acoustique du mot ne sort qu'imparfaitement, ou par suite de troubles de l'appareil de coordination articulatoire de l'écorce cérébrale, la formation du mot comme unité de la loi du langage ne fonctionne plus que d'une manière incomplète tandis que la

[1] Ces cas qu'on a confondus avec d'autres qui n'appartiennent pas du tout à cette catégorie, ainsi que le fait d'avoir négligé de tenir compte de la baisse de l'intelligence, ont contribué essentiellement à établir la catégorie de la soi-disant paralysie générale sans aliénation. Comparez : Lunier, *Ann. méd. psych.*, 1849.

[2] V. Krafft, *Friedreichs Blätter*, 1866, fasc. 2. — Böttcher, *Deutsche Klinik*, 1866, n° 1. — Doutrebente, *Ann. méd. psychol.*, mars-mai 1878.

[3] Kussmaul, *Die Störungen der Sprache*, p. 206. — Gallopain, *Ann. méd. psych.*, juillet 1876.

formation du son et de la syllabe se fait sans obstacle (Kussmaul) et que des voyelles et des consonnes similaires sont seulement prises les unes pour les autres.

Le balbutiement, le bégaiement, ainsi que l'aphasie temporaire en connexité avec les accès fluxionnaires, enfin la glossoplégie, consécutive aux attaques apoplectiformes, peuvent survenir au cours de la maladie.

Dans le stade final la perte du langage est l'effet combiné de la démence, de l'aphasie et de la paralysie complète de la coordination. Pendant le repos et dans la matinée les troubles d'élocution sont ordinairement plus prononcés; lorsque le mécanisme du langage est depuis quelque temps en action ou qu'il subit une impulsion accentuée, par exemple causée par un moment d'agitation, le trouble du langage peut dans le premier stade disparaître encore.

Au commencement l'aphasie est purement amnestique; au cours de la maladie il survient souvent une aphasie ataxique et une paraphasie. Le trouble d'articulation du paralytique repose en partie sur l'ataxie labiale (mouvements accessoires, convulsions fibrillaires dans l'orbiculaire de la bouche, l'élévateur de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, l'élévateur du menton, plus tard aussi des parésies de la lèvre supérieure) qui rend indistincte la différenciation exacte des sons labiaux et sifflants (*v*, *w*, *b*, *p*, etc.); la parole est entrecoupée parce que le malade presse trop les lèvres l'une contre l'autre.

Plus le malade parle vite, plus il est excité, plus cette ataxie labiale devient distincte; il peut cependant la masquer un peu en ouvrant la bouche aussi rarement que possible. Une plus grande importance revient à ce trouble coordinatoire. glosso-articulaire de l'élocution qu'on désigne sous le nom de trébuchement des syllabes et qui paraît appartenir exclusivement à la démence paralytique. Ici il y a transposition, mélange et confusion des syllabes et des lettres qu'on aperçoit très distinctement, surtout quand on fait lire les malades (Rieger).

Certaines syllabes sont alors souvent avalées ou incomplètement prononcées, étant donné que l'impulsion nerveuse pour la prononciation de la syllabe précédente continue à subsister ou qu'elle arrive trop prématurément pour la syllabe suivante. Ou bien une syllabe est répétée (bégaiement) ou traînée (articulation trébuchante); dans le premier cas, les mouvements de prononciation se répètent pour ainsi dire d'une manière spasmodique; dans le second cas le mécanisme du langage n'est pas suffisamment innervé.

Souvent dans les stades terminaux le langage est traînant, ralenti, le malade cherchant instinctivement à surmonter l'obstacle à la coordination par une innervation plus lente et plus énergique. Mais on ne rencontre jamais le langage scandé.

En même temps le trouble de la coordination se manifeste très souvent aussi par le fait que les syllabes sont articulées d'une manière inégale et incorrecte, que certaines syllabes sont avalées et d'autres sont accentuées d'une façon insolite.

Malgré ce trouble du langage très avancé, les muscles de la langue et des lèvres peuvent cependant répondre à tous les autres besoins fonctionnels.

Les troubles du langage écrit (Erlenmeyer, *Die Schrift*, etc., 1879) sont aussi des symptômes précoces et d'une grande importance, parce qu'ils indiquent une maladie corticale diffuse et spécialement l'existence d'une démence paralytique; cependant, ainsi que le démontre Schüle (*Zeitschr. f. Psych.*, 36, p. 752), on rencontre aussi des cas de paralysie sans troubles de l'écriture. Mais quand ces troubles existent, Erlenmeyer insiste avec beaucoup de raison sur leur grande importance diagnostique en ce qui concerne la forme, l'amélioration ou l'aggravation de la maladie.

D'après cet auteur, les troubles de l'écriture sont en partie de nature psycho-sensorielle (démence, perte des images de souvenir et des conceptions de mouvements) en partie de nature graphique mécanique (ataxie dans l'écriture tremblée). Dans le premier cas, les écrits pèchent par l'omission, la répétition inutile, la transposition ou la confusion des lettres, des syllabes, des mots (agraphie et paragraphie amnestique ou ataxique). Le trouble de la conscience des malades les empêche de s'apercevoir des contresens de leurs écrits. Dans le deuxième cas, c'est le travail graphique seul, la forme des caractères qui est atteinte. Ordinairement le trouble de l'écriture d'origine psychique précède le trouble graphique.

Dans les stades terminaux la faculté d'écrire disparaît complètement en même temps que les autres conceptions de mouvements.

Weiss autrefois (*Compend.*, p. 118) et récemment Rabbas (*Zeitschr. f. Psych.*, 41, p. 375) ont attiré l'attention sur un trouble particulier de la lecture. Ce trouble est analogue à la paralexie, car les paralytiques, quand ils font une lecture, lisent, selon les circonstances, les plus grandes absurdités en remplaçant le texte imprimé par des mots tronqués ou nouveaux qu'ils forgent et sans s'en apercevoir aucunement. Comme ce trouble de la lecture se présente souvent de bonne heure, avant que les autres phénomènes d'aphasie et les troubles du langage se produisent et qu'il ne se rencontre probablement que dans la paralysie, il pourrait avoir une certaine importance pour le diagnostic.

Les fonctions des muscles de la voix aussi sont souvent troublées de bonne heure par l'ataxie et la parésie (Schulz Rauchfuss); la voix devient alors rauque, sourde, voilée, prend un timbre chevrotant, fait facilement des couacs dans le chant. Par suite du trouble de l'innervation du voile du palais, elle prend souvent aussi un caractère nasillant.

Du côté des muscles oculaires des paralysies passagères avec diplopie se produisent parfois, notamment dans la forme tabétique. On observe aussi du nystagmus et le ptosis comme symptômes passagers.

Les anomalies d'innervation des muscles de l'iris[1] sont assez fréquentes. Mais elles n'ont de valeur pour l'observateur que lorsqu'elles ont été

Austin, *Ann. méd. psych.*, avril 1862. — Seifert, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 10.

manifestement produites par la maladie et qu'on peut exclure toute cause intraoculaire.

Au début, notamment dans le stade maniaque, il y a assez souvent du myosis, mais qui disparaît sous l'action de l'atropine; on rencontre plus fréquemment la mydriase hémilatérale ne disparaissant pas sous l'action de la fève de Calabar. Mais ce qui est particulièrement important, c'est l'inégalité des pupilles et l'alternance des troubles d'innervation de l'iris.

Dans la région faciale, on rencontre souvent de bonne heure des parésies alternantes et limitées à quelques groupes de muscles, notamment aux muscles des lèvres. Les paralysies étendues de la figure ne se rencontrent que temporairement après les accès apoplectiques et épileptiques. Un des premiers phénomènes est ordinairement une convulsion fibrillaire et un tremblement des muscles faciaux, notamment des muscles de la bouche, tremblement qui se manifeste surtout dans les mouvements mimiques et articulatoires et qui momentanément peut s'accentuer au point de devenir un tic convulsif. Dans les stades avancés de la maladie la partie inférieure du trijumeau participe aussi à ces parésies. Alors des mouvements spasmodiques, étranges, automatiques de mastication et des grincements de dents se produisent. Dans les stades terminaux de la maladie les muscles de la déglutition aussi peuvent devenir temporairement insuffisants et par là occasionner des dangers de suffocation.

Les troubles locomoteurs des extrémités sont en partie d'origine cérébrale, en partie d'origine spinale. La lacune dans la capacité cérébrale se manifeste par le trémor, les insuffisances musculaires, les ataxies, parfois aussi par le tremblement intentionnel, mais essentiellement par l'imperfection des conceptions de mouvements et par l'utilisation des sensations musculaires. Par suite de ces phénomènes les mouvements (appris) deviennent lourds, maladroits, peu gracieux; la démarche paraît mal équilibrée. Il vient s'y joindre encore des troubles causés par les altérations des voies conductrices de la moelle épinière.

Il y a des cas à marche essentiellement tabétique avec perte des réflexes profonds, s'accompagnant habituellement de la suppression du réflexe oculo-pupillaire, phénomènes évidemment produits par la dégénérescence grise des cordons postérieurs.

Plus fréquemment la démarche est légèrement spasmodique, raide, machinale, en frappant du talon. Les réflexes profonds sont alors accentués, parfois même on peut provoquer le clonisme du pied. Ces allures se rencontrent surtout dans la forme classique de la paralysie et peuvent vraisemblablement être ramenées à un trouble dans l'arrêt des réflexes par l'hydrocéphalus ainsi qu'aux altérations de la région postérieure des cordons latéraux.

Crump Beatly (*Brain*, avril 1885), Bellencourt (*L'encéphale*, 1885, 2) et d'autres encore ont étudié l'état des réflexes profonds. Le premier a trouvé, sur 68 cas, 18 cas où il y avait absence et 26 où il y avait augmentation du réflexe patellaire; le dernier a constaté l'absence dans 11 cas et l'augmentation dans 43 cas sur 68.

Les accès apoplectiformes et épileptiformes[1] constituent des phénomènes épisodiques importants. Les premiers sont incomplets et se bornent à une perte de connaissance momentanée avec relâchement de l'innervation, ou bien ils ressemblent exactement aux attaques apoplectiques avec hémiplégie : ils n'en diffèrent que par la prompte régression des paralysies avec augmentation simultanée de la chaleur du corps.

Les accès épileptiformes peuvent ressembler aux accès de l'épilepsie vraie. Plus fréquemment ils ne sont que partiels, hémilatéraux, ne sont pas accompagnés d'une perte totale de connaissance, ont en outre une durée plus longue, pendant des heures et même plusieurs jours ; dans certains cas rares, ils se bornent à des accès de vertige momentanés. Ces accès sont souvent amenés par des phénomènes de paralysie vasculaire avec fluxion violente au cerveau et avec température de la tête dépassant de 1°,5 la température axillaire (Reinhard). Il se développe souvent, consécutivement à ces accès, des affections inflammatoires des poumons (pneumonies catarrhales et hypostatiques) ; on ne sait pas encore au juste si elles sont dues à une cause mécanique, c'est-à-dire à l'écoulement des sécrétions de l'arrière-bouche et de la bouche dans les voies aériennes du malade privé du pouvoir de réaction, ou à une cause névrotique, à la paralysie vasculaire dans la région du sympathique thoracique. Comme formes rares d'accès, il se produit des attaques tétaniformes et épileptiques.

Ces attaques peuvent se rencontrer à tous les stades de la maladie. Ils n'existent pas dans tous les cas, mais sont très fréquents et, dans la plupart des cas, ils se répètent souvent une fois qu'ils sont entrés dans le tableau de la maladie. A la suite de ces accès les troubles moteurs sont accentués, souvent il reste pendant quelque temps des paralysies de l'hypoglosse facial et des hémiparésies qui, si elles succèdent à des convulsions, sont toujours du même côté que ces dernières. Ordinairement elles disparaissent au bout de quelques heures ou de quelques jours. L'état psychique empire toujours après ces accès et ne revient plus à son ancien niveau.

Dans tous les cas ces attaques ne sont pas amenées par des altérations anatomiques. Les attaques apoplectiformes sont produites probablement par des paralysies temporaires des vaisseaux avec œdème consécutif de certaines régions motrices du cerveau ; les accès épileptiformes pourraient bien être occasionnés par des processus d'excitation revenant périodiquement dans la zone motrice de l'écorce. Ces excitations peuvent être directes (Bechterew appelle l'attention sur la fréquence des kystes entre l'arachnoïde et à la surface cérébrale) ou périphériques (par exemple trop-plein de la vessie) dont l'effet s'explique par l'accentuation de l'excitabilité fonctionnelle des régions corticales motrices.

3. *Troubles vasomoteurs.* — Ils se manifestent de bonne heure par le caractère monocrote et tardif du pouls. Il s'agit d'une parésie vasculaire progres-

[1] Baillarger, *Ann. méd. psych.*, 1858, p. 168. — Baume, *Ibid.*, 1862, p. 540. — Westphal, *Arch. f. Psych.*, V, p. 337. — Schüle, *Handb.*, p. 164. — Bechterew (*Mendel, Centralblatt*, 1883, n° 19). — Eikholt, *Zeitschr. f. Psych.*, 41, p. 51.

sive qui, passagèrement, mène à une paralysie régionnaire totale des vaisseaux dans la région du sympathique du cou (souvent hémilatérale, d'après l'analogie des sections transversales de Claude-Bernard), avec des accès de vertige et d'apoplexie, élévation de la température locale et générale, des transpirations hémilatérales, etc., mais qui se manifeste aussi sous forme de paralysies vasculaires circonscrites de la peau (tache méningitique). Dans le stade terminal cette paralysie vasculaire est générale et cause, outre les hyperhémies névroparalytiques dans le poumon, dans la vessie, dans l'intestin, etc., de la cyanose, du froid, de l'œdème de la peau et une température subnormale.

4. Comme *troubles trophiques*, il faut citer : la fréquence de l'herpès zoster, les sueurs de sang observées pour la première fois par Servaes, la baisse rapide de la nutrition dans le stade terminal, la fragilité des os avec augmentation des phosphates dans l'urine, le décubitus final.

5. A côté des troubles vasomoteurs et moteurs, les *troubles de la sensibilité* jouent un rôle insignifiant.

Le mal de tête n'est pas rare au début ; les douleurs lancinantes dans les extrémités ne se rencontrent que dans la forme tabétique de la maladie. Dans les stades avancés de la paralysie la sensibilité est diminuée, cependant un examen exact des fonctions est très difficile à cause de la démence et du trouble de la conscience des malades. Dans certains cas, la sensibilité tactile est conservée et seule la sensibilité à la douleur est supprimée. Alors il y a danger d'auto-mutilation et les malades ont besoin d'être surveillés soigneusement. On a vu des paralytiques analgésiques se faire eux-mêmes des brûlures des plus graves, se trancher par une morsure violente une partie de la langue et mâcher ensuite ce morceau détaché, se promener avec une fracture de cuisse compliquée.

6. *Troubles sensoriels.* — Les hallucinations sont d'une rareté surprenante dans la démence paralytique; elles sont si rares que lorsqu'on en rencontre il faut concevoir des doutes sur la justesse du diagnostic et songer tout d'abord à la possibilité d'une paralysie alcoolique. Dans la forme classique de la paralysie on rencontre cependant des hallucinations du sens visuel, surtout dans les états d'excitation.

Fürstner a montré des phénomènes intéressants de lacune dans le champ cortical du nerf optique sous forme de perte de la faculté de percevoir les objets vus par les yeux, perte qui s'atténuait parfois, mais qui d'ordinaire progressait au point de devenir une cécité corticale. L'amblyopie causée par les troubles infracorticaux dans le trajet du nerf optique n'est pas rare et se présente soit comme symptôme prodromique, soit comme symptôme de développement. A côté des constatations négatives, l'ophtalmoscope montre de la névroténonite et de l'œdème péripapillaire. Flemming, Westphal, Simon, Magnan ont constaté aussi des cas d'anosmie. Dans certains cas on a trouvé de la dégénérescence grise du nerf olfactif.

7° L'*instinct génital*[1] est, dans les premiers stades de la maladie ainsi

[1] Conf. V. Krafft, *Psychopathia sexualis*, trad. en franç. par E. Laurent et S. Csapo.

que dans les états d'excitation épisodiques, habituellement accentué, parfois aussi perverti ; dans les stades terminaux, le libido et la puissance sexuelle tombent ordinairement à zéro.

8. La démence paralytique présente une *température*[1] qui s'écarte de celle qu'on note chez l'individu normal.

Reinhardt a trouvé les températures du midi et du soir plus élevées que celles du matin. Des augmentations épisodiques de la chaleur spécifique se rencontrent assez fréquemment, mais elles n'indiquent en aucune façon la nature inflammatoire du processus morbide; elles s'expliquent plutôt par des troubles fonctionnels épisodiques des centres de l'écorce cérébrale destinés à régler la chaleur. On peut admettre comme des températures (jusqu'à 40°) de nature névrosique, celles qui retombent rapidement au niveau normal aussitôt que la vessie ou l'intestin trop pleins sont évacués, puis les températures hyperpyrétiques de l'agonie. (Dans un cas que j'ai eu à traiter, j'en ai noté une qui s'éleva jusqu'à 43°.)

Les élévations de la température, même jusqu'à 40°, sont très ordinaires dans les états d'excitation des paralytiques; en outre, il se produit comme phénomènes accessoires des accès congestifs (paralysie vasculaire dans la région du sympathique du cou) apoplectiformes et épileptiformes. Elles se manifestent dix à douze heures avant l'attaque (Reinhard) et durent plusieurs heures et même des jours après sa disparition. Krömer a trouvé une baisse anormale de la chaleur spécifique surtout dans les formes hypocondriaque, tabétique et démente de la paralysie.

Dans les stades terminaux de la maladie, la chaleur spécifique est subnormale. Les différences de température hémilatérale (jusqu'à 1°) ne sont pas rares non plus dans ce cas, notamment après les accès. Dans l'état préagonique on rencontre des températures de collapsus descendant jusqu'à 24° en même temps que l'individu éprouve un bien-être subjectif.

Diagnostic

Le diagnostic[2] de la démence paralytique est facile quand la maladie est développée et qu'on en connaît suffisamment l'anamnèse ainsi que la marche depuis l'origine.

Bien qu'il n'y ait pas un seul symptôme qui soit pathognomonique, la débilité psychique sur laquelle se développent et évoluent de prime abord tous les états psychiques variés, la façon particulière dont se développent et se groupent les symptômes vasomoteurs et moteurs, donnent des indications sûres pour le diagnostic. Il faut encore ajouter son début par un

[1] Krömer, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 36, fasc. 2 et 3 (avec littérature). — Reinhard, *Arch. f. Psych.*, X, 2. — Wirsch, *Körpertemperatur in der progr. Paral.*, Thèse Berlin, 1881.

[2] V. Krafft, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 23, p. 181. — Hitzig, *Ziemssens Hdb.*, XI, p. 810. — Nasse, *Irrenfreund*, 1870, 7.

stade prodromique particulier qui dénote une maladie cérébrale idiopathique grave, le caractère progressif en même temps que variable des différentes séries de symptômes avec une tendance frappante aux rémissions.

Nous avons déjà fait la différenciation entre la mélancolie, la manie, le délire des grandeurs, la folie furieuse, etc., et les formes analogues qui ne sont pas paralytiques; quant à la distinction d'avec certaines formes de l'alcoolisme chronique, nous renvoyons le lecteur au chapitre de l'alcoolisme. Pour les affections localisées du cerveau avec troubles psychiques (démence apoplectique, encéphalite), il faut considérer que les troubles moteurs de la paralysie ne sont pas des paralysies, mais des troubles de coordination, qu'ils sont généraux et non pas circonscrits, qu'ils varient dans leur intensité et dans leur extension, qu'il sont progressifs et non stationnaires.

Le diagnostic différentiel peut présenter des difficultés dans certains cas de syphilis cérébrale basée sur une dégénérescence diffuse des vaisseaux et des tissus.

Outre les symptômes généraux qui indiquent la syphilis cérébrale, la rareté du délire des grandeurs, la prédominance particulière de la paralysie de certains nerfs cérébraux, l'âge souvent très précoce dans le cas de syphilis cérébrale, peuvent fournir des indications.

Un des problèmes les plus difficiles, c'est de reconnaître la paralysie dans les cas rares où une psychonévrose, en apparence ordinaire, constitue le stade prodromique.

De même que Schüle, j'ai dans ma pratique personnelle des cas où aucun symptôme n'indique la paralysie imminente, où tout soupçon avait dû être abandonné et où pourtant, après la résolution apparente de la psychose, la paralysie s'est déclarée. Sous ce rapport je considère comme suspectes de paralysie les psychoses chez les individus à l'apogée de la vie, viveurs et en même temps surmenés intellectuellement, quand la psychose a été précédée de changement dans le caractère et d'asthénie cérébrale, quand elle présente au cours de son développement le caractère d'une maladie organique grave, quand, sous forme de mélancolie, elle surprend par exemple par son absence d'émotion, va de pair avec des délires nihilistes, présente épisodiquement comme manie des phénomènes graves d'excitation cérébrale au point de prendre parfois les allures du delirium acutum. Le soupçon s'accentue à mesure que les états de stupeur, les paralysies vasculaires, les accès de vertige apparaissent d'une manière intercurrente, que des lapsus memoriæ et judicii se manifestent parfois sans cause somatique explicable, que des élévations thermiques se produisent; enfin, quand la résolution de la psychose n'est pas complète et que des phénomènes de débilité psychique restent comme résidus.

La distinction entre le simple épuisement fonctionnel du cerveau (neurasthénie cérébrale) et le début d'une paralysie n'en est pas moins difficile et non moins importante au point de vue du pronostic.

Les symptômes de ces deux maladies peuvent, au début, être presque

complètement identiques ; il est même hors de doute que la paralysie peut se développer à la suite d'une cérébrasthénie, quand les parois vasculaires ont une perméabilité anormale et que par conséquent la névrose vasomotrice du cerveau aboutit à une maladie organique. En présence de ces cas douteux, il faut avant tout tenir compte de l'étiologie. Les causes occasionnelles (surmenage intellectuel, trauma psychique, etc. peuvent être communes aux deux maladies ; il n'en est pas de même des causes prédisposantes qui, dans la neurasthénie, consistent essentiellement en prédispositions habituellement héréditaires, dans la paralysie en prédispositions acquises, comme le rachitisme, le trauma capitis, l'alcoolisme, mais surtout la syphilis. Si ces prédispositions existent chez des hommes arrivés à l'apogée de la vie, hommes qui étaient des viveurs, mais qui en même temps travaillaient beaucoup intellectuellement, et qui présentent des signes d'asthénie cérébrale, il faut alors penser plutôt à la présence d'une paralysie qu'à celle d'une cérébrasthénie.

Par contre, l'apparition de ces phénomènes pathologiques graves, à un âge moins avancé, jusqu'à la trente-cinquième année environ, notamment chez les individus à prédispositions névropathiques, qui n'ont pas été exposés aux excès in potu et Venere, qui n'ont pas eu la syphilis, permet toujours de supposer qu'on se trouve en présence d'une simple cérébrasthénie.

Outre l'étiologie du cas, c'est son mode de développement qui est d'une grande importance. Un écroulement presque subit des facultés de l'écorce cérébrale, surtout à la suite d'un trauma psychique, plaide en faveur d'une neurasthénie; l'apparition lente ou par accès des symptômes indique la paralysie. Un changement profond et durable du caractère, des phénomènes de lacune dans la sphère éthique, une dépression profonde, hypocondriaque, avec motivation absurde, témoignent en faveur de l'existence de la paralysie ; la simple émotivité, l'excitabilité allant jusqu'aux passions indomptables, l'égoïsme morbide au point de tourmenter l'entourage, les idées nosophobiques dans le sens d'un « ramollissement du cerveau » imminent avec dysthymie réactive, appartiennent à la cérébrasthénie. La faiblesse de la mémoire est le propre des deux maladies, mais celle du paralytique est plus appréciable, plus durable et progressive ; c'est un véritable phénomène de lacune ; celle de l'asthénique est objective, en disproportion avec ses plaintes, variable en intensité, un simple phénomène de fatigue (le trésor de la mémoire restant virtuellement intact) ; aux phases d'épuisement intellectuel, elle peut se manifester dans le langage parlé ou écrit, qui devient très difficile et peut aller jusqu'aux phénomènes d'aphasie. Le cérébrasthénique ne présente pas de troubles de l'intelligence, si l'on fait abstraction de son incapacité temporaire et variable à mettre en circulation sa monnaie intellectuelle ; il n'a pas non plus des obnubilations du sensorium. Par contre, ces phénomènes de lacune se montrent souvent de bonne heure et d'une façon pénible chez le paralytique et le rendent incapable d'avoir des relations sociales. Le cérébrasthénique qui se croit idiot et qui ne se sent pas rassuré dans ses rapports sociaux, craint

continuellement ce qui est déjà réellement arrivé au paralytique; mais, comme il est virtuellement sain, les bévues contre les convenances, les ridicules dans l'écriture et dans le langage ne se produisent pas. Il lui arrive, c'est vrai, de commettre des lapsus calami, mais il s'aperçoit des fautes commises par suite de son épuisement, il les corrige lui-même, et en cela il diffère du paralytique.

Une agrypnie obstinée, résistant à tous les moyens, le fait de s'endormir dans des endroits où cela est inconvenant, en société, pendant la journée, peuvent faire soupçonner l'existence d'une paralysie.

Les attaques apoplectiformes, épileptiformes, les accès aphasiques, les monoplégies temporaires des extrémités, de la langue, avec paresthésie, l'hémicranie ophtalmique qui apparaît de bonne heure, ne rentrent pas dans le cadre de la neurasthénie et indiquent une maladie organique. La phosphaturie est très fréquente dans la paralysie initiale, l'uraturie et l'oxalurie le sont dans la neurasthénie.

Marche et durée

La durée totale de la maladie est très variable et difficile à calculer, puisqu'on arrive rarement à fixer le début des altérations prodromiques. En moyenne, la maladie exige trois années pour achever son cours. Chez les individus âgés et chez les personnes du sexe féminin, elle dure plus longtemps. Les cas dus à un épuisement intellectuel ou à un trauma capitis semblent avoir une plus longue durée que ceux qui ont été amenés par suite d'excès in Baccho et Venere.

Parmi les symptômes de mauvais augure, c'est-à-dire présageant une évolution rapide sont : les températures fébriles épisodiques, l'apparition précoce des troubles dans l'écriture et dans les mouvements, les attaques paralytiques apparaissant de bonne heure et fréquentes. La forme hypocondriaque ou démente fait prévoir une marche plus lente que la forme classique. La marche et la durée sont cependant dans les cas isolés incalculables, car, même aux stades avancés, des rémissions durant des semaines et même des années peuvent se produire.

Dans certains cas rares, le processus, qui est la base de la démence paralytique, peut évoluer dans le délai d'un mois et au maximum d'un an (paralysie aiguë ou galopante).

Comme dans le délire aigu, il s'agit toujours de cerveaux malades. Un nouvel excès grave, une trauma psychique ou somatique (insolation, etc.), peuvent amener l'explosion de la maladie. Les symptômes de lacune et d'excitation sont essentiellement ceux de la forme chronique, seulement ils ont une marche et non une allure orageuse, conformément à l'acuité des processus anatomiques. Le stade d'incubation dure des journées et même des semaines (fluxion, mal de tête, insomnie, lourdeur intellectuelle, phénomènes de lacune intellectuelle et notam-

ment éthique, grande émotivité). Un jour la folie furieuse se déclare avec un trouble profond de la conscience, une fuite échevelée des idées, des délires des grandeurs insensés, souvent entremêlés de délires micromaniaques. En même temps fluxion violente, souvent fièvre, mouvements fibrillaires des muscles allant jusqu'à de légères convulsions, grincements de dents comme signes de l'excitation cérébrale grave. Au cours de la maladie, il y a une impulsion motrice démesurée avec barbouillement, destruction. Plusieurs jours ou plusieurs semaines après, il y a accalmie ; puis démence grave, parésies, ataxies, aphasie, langage hésitant, trébuchant, comme symptômes d'une atteinte profonde des régions corticales motrices. Avec de nouveaux phénomènes d'excitation cérébrale (explosions de manie furieuse, accès épileptiformes et apoplectiformes), il se produit, dans le délai de quelques semaines ou quelques mois, un déclin intellectuel. Alors commence aussi la désagrégation physique : le marasme, le décubitus, le relâchement de l'innervation, intéressant finalement les centres vitaux, préparent le dénouement fatal qui se produit dans l'épuisement le plus profond et parfois avec des convulsions.

A l'autopsie il faut relever : l'adhérence de la pie-mère avec l'écorce cérébrale, l'abondance du sang, le gonflement de l'écorce, sa couleur grise, rougeâtre, avec ramollissement à certains endroits, surtout dans les circonvolutions centrales. Les apoplexies capillaires ne sont pas rares. Au microscope, les gaines lymphatiques apparaissent remplies de globules sanguins, rouges et blancs, la glia est condensée (formation de cellules arachnoïdes, prolifération du noyau) ; les cellules ganglionnaires sont gonflées, ternes, boursouflées.

Pronostic

Le pronostic de la démence paralytique est sombre, malgré les cas isolés de guérison, dont la plupart sont discutables, soit en ce qui concerne le diagnostic de la maladie, soit sous le rapport de la guérison même (simples rémissions). Nous ne pouvons cependant pas prononcer avec une certitude absolue un arrêt de mort comme pronostic pour ces malades.

Dans la littérature moderne, les cas de guérison tenant tête à toutes les exigences de la critique augmentent. Mais souvent ces cas sont trop prématurément livrés à la publicité pour qu'on puisse porter un jugement définitif, ou bien la guérison n'était pas complète, car des états de débilité psychique persistaient, ou bien il s'agissait de simples intermissions, étant donné que la maladie, quand elle récidivait, ne recommençait pas par le commencement mais qu'au contraire elle reprenait son cours au stade où elle était devenue latente.

Ces objections sont applicables en grande partie aux cas nombreux (39) rapportés par Voisin dans sa monographie (p. 192, 521) et par Doutrebente (*Annal. Méd. Psychol.*, 1878, mars, mai), cas dans lesquels la guérison s'est souvent présentée après des suppurations profuses, des abcès, des

lésions, et en partie aussi aux cas de guérison rapportés par Gauster (*Jahrb. f. Psych.*, 1879, fasc. 1).

Des cas de guérison incontestables ont été publiés par Flemming (*Irrenfreund*, 1877, fasc. 1 et 2), par Schüle (*Zeitschr. f.Psych.*, 32, fasc. 6); par Gauster (*op. cit.*, p. 18, et *Psychiatr. Centralb.*, 1875, 1 et 2), Oebeke (*Zeitschr. f. Psych.*, 36, fasc. 6). Conf. encore les *Annal. Med. Psychol.*, 1879, mai (*Irrenfreund*, 1879, 8); Stölzner (*Irrenfreund*, 1877, 8); Nasse (*Ibid.*, 1870, 7); L. Meyer (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1878, 21). Nasse (*Zeitschr. f. Psych.*, 42, fasc. 4) donne, à la suite des communications d'Oebeke, la littérature publiée sur ce sujet depuis 1879 et, puisant dans sa riche expérience personnelle, il cite ce fait peu consolable que depuis 1872 il n'a pas eu un seul cas de guérison, et que de sept cas de guérison dont il avait rendu compte en 1870, six sont retombés malades ou sont morts dans de graves accès cérébraux. Dans un seul cas la guérison s'est confirmée; mais les troubles d'élocution manquèrent pendant la maladie, de sorte que le diagnostic est sujet à contestation.

Étiologie

En face d'une maladie aussi grave et qui tend à devenir de plus en plus fréquente, l'étiologie[1] mérite une attention toute particulière. Quelque variées que soient les causes, toutes peuvent se résumer dans ce principe: ce sont des influences débilitantes agissant sur le cerveau, qui présente une faiblesse de résistance soit congénitale, soit héréditaire, soit acquise; cette faiblesse est, dans la plupart des cas, acquise par le surmenage intellectuel ou physique, par les maladies épuisantes, les excès, la syphilis.

Rieger (*Schmidt's Jahrb.*, t. 110, p. 88) a établi, d'après les documents de la littérature dont il disposait, que celui qui est syphilitique a 16 ou 17 fois plus de chance d'être atteint de démence paralytique que celui qui ne l'est pas. L'influence prédisposante de la syphilis est probablement analogue à celle qu'elle exerce dans le tabes. Graf (*Münchener ärztl. Intelligenzbl.*, 1885, n°s 31 et 32) a trouvé chez 40 p. 100 des paralytiques de l'asile de Wernek des antécédents syphilitiques.

Mendel (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1885, 33 et 34) a trouvé chez les paralytiques 75 p. 100, dans les autres psychoses seulement 18 p. 100 de cas avec antécédents syphilitiques.

Parmi les causes prédisposantes il faut citer encore l'hérédité, l'âge, le sexe et la position sociale. L'hérédité joue dans la paralysie un rôle de beaucoup moins important que dans les autres psychoses. Elle n'apparaît qu'environ dans 15 à 20 p. 100 des cas. La paralysie est une maladie du cerveau à la période de son développement et de sa plus grande capacité de travail. Elle est rare avant la trentième et après la soixantième année, fréquente surtout entre trente-cinq et cinquante-cinq ans. Elle atteint environ

[1] Hoffmann, *Günzbur's Zeitschr.*, 1850, I.

sept fois plus fréquemment le sexe masculin que le sexe féminin[1]. Cette différence sexuelle ressort tout particulièrement quand on examine le degré de fréquence de la maladie dans les couches sociales supérieures. La paralysie est excessivement rare chez les dames de la haute société. Elle constitue un phénomène d'une fréquence surprenante chez les officiers et les fonctionnaires militaires. Les causes occasionnelles sont : les excès d'alcool et in Venere, le surmenage intellectuel et physique, plus rarement les émotions profondes et de longue durée (chagrins, soucis, offenses), les influences caloriques et les trauma capitis[2].

Chez les individus du sexe féminin on observe la maladie le plus souvent comme suite immédiate des accouchements laborieux et accumulés ainsi qu'à la ménopause.

Dans l'état actuel de nos connaissances cliniques, anatomiques et étiologiques, la nécessité de connaître la pathogénie de cette maladie redoutée et devenant de plus en plus fréquente[3], se fait impérieusement sentir. L'étiologie nous montre une série de facteurs débilitants qui sont en partie prédisposants, en partie occasionnels; l'observation clinique constate comme premiers phénomènes de la maladie en voie de développement des troubles de l'innervation vasomotrice; l'examen anatomique trouve les symptômes d'une inflammation chronique dans le cerveau et ses enveloppes.

C'est la tâche de la pathogénie[4] de mettre en accord entre eux ces faits disparates.

Le premier phénomène qui se produit dans le processus de la paralysie est évidemment une parésie vasomotrice (Lubinoff, Schüle) avec l'hyperhémie qui en résulte.

Les excès in potu et Venere, les influences caloriques et traumatiques, le surmenage intellectuel et les émotions favorisent l'apparition de ce trouble fonctionnel et le provoquent. Il se produit d'autant plus facilement que le cerveau se trouve déjà dans un état de turgescence physiologique, qu'il fonctionne très activement. Voilà ce qui explique d'un côté le fait que la paralysie se déclare presque exclusivement dans la région vasculaire de la carotide (cerveau frontal), centre des phénomènes les plus transcendentaux de l'âme humaine, d'autre part le fait qu'elle n'apparaît presque exclusivement qu'à l'âge de la turgescence physiologique du cerveau (entre trente et soixante ans), qu'elle atteint de préférence les individus du sexe masculin, en raison de leur plus grande préoccupation dans la lutte pour l'existence, de leurs travaux cérébraux, des influences trau-

[1] Sander, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1870, 7.

[2] V. Krafft, *Ueber die durch Gehirnerschütterung*, etc., *hervorgerufenen psychischen Erkrankungen.* — Erlangen, 1868.

[3] Le pourcentage de la paralysie dans les asiles est d'environ de 18 p. 100 de tous les malades; dans les grandes villes, comme à Paris, il est de beaucoup plus élevé encore. Ainsi, d'après Materne, à Charenton, 26 p. 100 des malades étaient paralytiques (46 p. 100 à la section des hommes, 6,5 p. 100 chez les femmes).

[4] Schüle, *Sektionsergebnisse*, p. 138, et *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 32. — Lubinoff, *Virchow's Arch.*, 57.

matiques plus fréquentes, des influences caloriques, des excès in Baccho et Venere, ces derniers fatiguant beaucoup plus l'homme que la femme.

L'hyperhémie névroparalytique constitue le point de départ des altérations des tissus dans le cerveau et dans les méninges.

Tout d'abord il se produit un engorgement de lymphe dans les voies lymphatiques du cerveau et de la pie-mère, une migration des matières colloïdes et albumineuses ainsi que des globules du sang à travers la paroi vasculaire dans les gaines lymphatiques périvasculaires. Cette migration est favorisée par des troubles de nutrition des parois vasculaires, résultat des influences prédisposantes (prédisposition héréditaire, maladies affaiblissantes qui précèdent, et autres facteurs tels que syphilis, alcoolisme, surmenage intellectuel, trauma capitis, influences caloriques).

L'engorgement lymphatique dans les espaces périvasculaires s'étend aux réseaux de cellules plasmatiques de Deiters et, comme l'a démontré Boll, les voies lymphatiques de la pie-mère communiquent avec celles du cerveau; il s'étend aussi aux réseaux de cellules plasmatiques de la pie-mère et amène alors des altérations de ses tissus, des opacités chroniques inflammatoires, des épaississements. Les voies lymphatiques de la pie-mère sont donc obstruées et l'engorgement lymphatique du cerveau s'accentue. Ainsi il se produit un cercle vicieux. Dans certains cas, qui ne sont point rares, la méningite chronique est primaire et produit d'abord un engorgement lymphatique récurrent dans le cerveau. L'engorgement lymphatique et le gonflement des tissus, spécialement des réseaux de cellules plasmatiques qui s'y rattachent, amènent alors la prolifération des tissus conjonctifs de la pie-mère, de la névroglie et des vaisseaux; la glia se sclérose, les vaisseaux s'atrophient et les éléments nerveux périclitent.

Thérapeutique

Il paraît presque oiseux en présence d'une pareille maladie de parler des moyens de combattre le processus qui en est la base, puisque tous les malades atteints de ce mal meurent, sauf quelques cas rares et dont le diagnostic n'est pas tout à fait incontestable. Cela ne peut nous dégager du devoir de discuter la thérapeutique de cette grave affection cérébrale. Car il est probable que cette mortalité désolante a pour cause le fait que la maladie est reconnue trop tard, que le malade au lieu d'être confié à des mains expertes alors qu'il en est temps encore, devient l'objet d'interventions insensées et affaiblissantes (saignées, cures hydrothérapiques, etc.) et qu'il a tout le temps de ruiner complètement sa santé par les excès intellectuels, alcooliques et sexuels. Comme la connaissance de la démence paralytique se répand de plus en plus parmi les médecins non spécialistes, qu'elle devient le bien commun de tous les praticiens, il est permis d'espérer qu'elle sera reconnue à temps, première condition pour pouvoir la combattre.

La maladie, une fois reconnue ou même soupçonnée, le traitement doit être appliqué avec toute l'énergie possible. Il peut se résumer dans ce principe qu'il faut éviter toutes les influences débilitantes parmi lesquelles il faut compter les cures hydrothérapiques, qu'il faut empêcher toute fatigue intellectuelle, toute atteinte calorique ou fluxionnaire, donner une nourriture sèche mais non excitante et avoir soin d'assurer le fonctionnement des selles d'une façon suffisante. En même temps les frictions froides, les bains tièdes peuvent trouver leur indication. On obtient souvent une amélioration surprenante, parfois même dans les stades avancés, par l'emploi de l'iodure de potassium (1 à 2 grammes par jour), qui exerce probablement un effet résorbant sur le cerveau. Ce moyen doit être essayé dans tous les cas. Le traitement méthodique avec l'extrait de seigle ergoté[1] (environ 0gr, 3 à 0gr, 5 par jour) me paraît aussi de quelque valeur. Avec ce traitement et à la condition d'avoir reconnu la maladie à temps, on peut espérer un pronostic favorable.

Les rémissions qui se produisent assez tardivement indiquent qu'il ne faut pas perdre tout espoir d'arrêter la marche de la maladie. Quand les malades arrivent à l'asile, il ne s'agit plus ordinairement que du caput mortuum du processus et d'une thérapeutique purement symptomatique. Mais au point de vue de cette thérapeutique même les malades donnent encore fort à faire au médecin.

Pour combattre les paroxysmes de folie furieuse, les bains avec épithèmes, les petites injections de morphine et, dans les cas d'augmentation de l'activité du cœur, la digitale, sont des moyens particulièrement appropriés. Quand des états vaso-parétiques et fluxionnaires précèdent et accompagnent la maladie, on peut attendre quelque effet des injections d'ergotine.

Pour les accès épileptiformes Krueg (*Mittheil. des Vereins d. Aerzte* in Nö, 188, p. 80) recommande l'hydrate de chloral. Il prétend avoir eu des succès même au point de vue préventif quand des symptômes connus signalaient le retour de l'accès.

Krueg le donnait en lavement avec un long tuyau en caoutchouc ou par la méthode sous-cutanée en solution à 10 ou 20 grammes avec une seringue de Pravaz ordinaire dont on avait enlevé le piston et qui par un tuyau de caoutchouc était en communication avec une seringue contenant 10 centimètres cubes. Je puis confirmer les résultats favorables de Krueg. Ordinairement les lavements suffisent.

Le traitement de la paralysie par les frictions avec la pommade stibiée d'Authenrieth sur la tête, que L. Meyer (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1880, p. 15) a de nouveau recommandé, n'a jamais donné aucun résultat.

Dans les stades terminaux de la maladie, les malades malpropres ont besoin qu'on les entretienne dans une propreté minutieuse, qu'on com-

[1] Girma (*l'Encéphale*, 1884, 2) rapporte les résultats favorables de ses observations ; il allait à des doses quotidiennes de 0 gr. 6 ; il affirme qu'on pourrait même donner 2 grammes à 4 grammes pendant trois ou quatre mois sans provoquer d'ergotisme.

batte chez eux la rétention de l'urine et les conséquences qui en résultent ainsi que le décubitus[1] et qu'on ait soin de les tenir chaudement vêtus. Le gavage aussi doit être employé avec soin (on ne donne que de petits morceaux tendres) pour éviter que les malades étouffent ou qu'ils contractent une pneumonie ou de la gangrène pulmonaire, grâce aux particules alimentaires qui pourraient pénétrer dans les voies aériennes.

Observation XCIII. — *Paralysie aiguë.* — H..., officier en retraite, quarante-un ans, a été reçu à l'asile le 14 mars 1878. Il avait pris part aux campagnes de 1859 et de 1866; pendant la première campagne il souffrit d'une fièvre intermittente grave, dans la seconde il fit une chute avec son cheval. En 1864, infection syphilitique avec plusieurs récidives qui enfin cessèrent sous l'action d'un traitement mercuriel énergique. Le malade n'avait pas une intelligence supérieure; il était entêté et irascible. Jusqu'à il y a quelques années, il avait fait de forts excès in Venere. Dans la famille, dit-on, il n'y a eu aucun cas d'aliénation mentale. Dans ces deux derniers mois il devint chicaneur et difficile à vivre, parlait souvent politique d'une manière puérile et se laissait aller quand il se trouvait en société.

Quelques jours avant son entrée à l'asile, H... devint congestif, sans sommeil, inconstant, agité, faisait dans les maisons et dans les magasins des visites à l'occasion desquelles il tenait souvent des propos étranges et inconvenants, pénétra dans l'appartement d'une cantatrice de l'Opéra, s'y comporta d'une manière importune et indécente, lui fit une déclaration d'amour et voulut l'épouser séance tenante.

Lors de sa réception à l'asile, folie furieuse, bien-être immense, délire des grandeurs démesuré (il se dit le meilleur chanteur, l'ami le plus intime de l'empereur, fait à chacune des personnes de son entourage cadeau d'un demi-million afin que la misère cesse, attend son épouse la prima-donna, etc.). Il demande impétueusement à partir, mais on peut l'apaiser avec des prétextes futiles. Il est congestif, sans sommeil; parfois il a une hésitation spasmodique en parlant.

Le 21 mars le malade devient tranquille, reste au lit; mais il est gravement atteint dans son intelligence; il rit sans cesse devant lui et joue sans honte avec ses parties génitales. Au commencement du mois de mai nouvelle agitation contenue qui dégénère de plus en plus en actes instinctifs et sans but. Il saute, se drape dans sa chambre, déchire ce qui lui tombe sous la main, porte tout à sa bouche. Trouble de l'intelligence continu et profond; confusion énorme. Le malade ne prononce que des fragments de phrase sans aucun sens, des agglomérations de mots inintelligibles, par-ci par-là surgissent encore les restes d'un délire des grandeurs sans émotions. Toutes les tentatives pour l'apaiser restent vaines. L'impulsion motrice trop puissante se transforme en tendance à se barbouiller continuellement, à manger des excréments et du sable. Le malade se livre à des actes de violence quand on veut l'en empêcher. Il lui est arrivé souvent de dévorer ses selles mêlées de sable et de s'en barbouiller la figure et les cheveux. Seule la contrainte mécanique a pu supprimer en partie ces actes. Des paroles détachées qu'il prononçait on peut savoir qu'il prenait le sable pour du chocolat délicieux. Vers le milieu du mois de septembre, panaris grave; au commencement du mois d'octobre diarrhées difficiles à arrêter, marasme progressant rapidement, décubitus. Mort par suite de collapsus, le 19 octobre.

Résultat de l'autopsie : cuir chevelu symétrique, non épaissi; sutures conservées. Dure-mère solidement adhérente au crâne, pas d'altérations à sa surface interne; sur la pie-mère et l'arachnoïde, dans la région frontale et des circonvolutions centrales,

[1] Reinhard (*Zeitschr. f. Psych.*, 9, p. 559) a obtenu des résultats favorables avec les bains permanents.

notamment le long des vaisseaux, opacités blanchâtres. La pie-mère adhère solidement à la couche corticale et ne peut en être détachée sans pertes de substance. La corticale est brunâtre, atrophiée et anémiée dans les circonvolutions frontales. Couronne rayonnante des circonvolutions frontales et centrales considérablement atrophiée. Hydropisie ventriculaire. Cerveau œdémateux, toutefois de consistance ferme.

Dans les organes végétatifs aucune trace de syphilis. Catarrhe gastrique et intestinal chronique.

Observation XCIV. *Paralysie classique. Marche subaiguë.* — S..., docteur en médecine, quarante ans, né de parents sains. La sœur du père était aliénée.

Le malade n'a pas eu de maladies graves, il n'a jamais été syphilitique; étant célibataire il était viveur, aimait les femmes; depuis son mariage, à l'âge de trente-quatre ans, il menait une vie rangée. Il faisait bon ménage, procréa trois enfants bien portants, était très surmené dans son métier de médecin de province, eut en 1869 une fièvre gastrique et dut pendant sa convalescence se fatiguer beaucoup. Il se plaignait alors souvent de lassitude et désirait vivement du repos.

Au commencement de l'année 1870 il changea d'allures et de caractère. Il devenait distrait, manquait de mémoire, négligeait son métier, paraissait émotif et irritable.

Vers la fin du mois de février, S... devint agité, inconstant, précipité dans ses paroles et dans ses actes; il voyageait à tort et à travers, sans aucun but, voulait embellir sa maison et sa propriété, tout transformer. Il remua lui-même, en la bêchant, toute une vigne qu'il voulait transformer en jardin; il détruisait les ceps, coupait les pépinières d'arbres à fruit, oubliait d'une heure à l'autre ce qu'il s'était proposé de faire, oubliait sa famille, sa profession, se trompait sur le temps et les lieux, ne reconnaissait pas le caractère insensé de ses actes, devenait grossier, menaçant même quand les gens de sa famille le lui faisaient remarquer et voulaient mettre un terme à ses actes insensés. Dans les derniers temps le malade avait presque complètement perdu le sommeil, le langage était devenu trainant, la démarche mal assurée, la mine fatiguée. En raison de son inquiétude et de son agitation croissante, il fut amené à l'asile vers la fin du mois de mai 1869. Il fallut l'amener par force; il se sentit bientôt comme chez lui dans sa nouvelle situation. Ses traits fatigués, son attitude molle, son intelligence troublée, ses pupilles étroites et inégales, sa langue qui tremble, indiquent une maladie organique centrale grave. Les fonctions végétatives ne sont pas troublées, la température est normale, le pouls lent, à 70 ou 80.

Le malade se trouve dans une grande surexcitation psychique et morale; il est bavard et a de la fuite des idées; c'est un faiseur de projets sans plan, mais il oublie d'une heure à l'autre ce qu'il s'était proposé. Il veut partir en Italie, en Orient, mais avec des prétextes futiles on le décide à remettre ses voyages. Il demande à la fois du vin, des cigares, des femmes, se met parfois en colère en allant jusqu'aux attaques contre son entourage si l'on ne satisfait pas immédiatement ses désirs et ses projets, mais une idée chasse l'autre. Il n'a pas de sommeil, il ne reste pas au lit. Dès les premiers jours après son entrée à l'asile il se produit du délire des grandeurs; il invite un million d'hommes à l'accompagner dans son voyage en Orient, il écrit des centaines de télégrammes aux souverains, aux premiers savants, il commande des Léviathans pour son voyage en mer, convoque un meeting de vingt-huit millions d'Allemands; il construira une ville de plusieurs millions d'habitants. Il est complètement désorienté en ce qui concerne le temps et les lieux; son intelligence est profondément troublée. Au dîner il verse la salade dans la soupe. Agitation croissante, poussées d'idées, flux de paroles. Le délire des grandeurs devient de plus en

plus monstrueux et décousu. Le malade nage dans la joie, sa ville de plusieurs millions d'habitants est déjà bâtie, chaque habitant aura la superbe tête de Gœthe. Il convoque toutes les planètes de l'univers, fait de la terre une mine de diamants. Il paie ses projets gigantesques avec des banknotes qu'il fabrique avec des machines rotatives et autant qu'il en a besoin.

Il en aura bientôt fini avec la terre; le pôle nord se trouve déjà en sa possession; maintenant il construira une mer centrale avec une rapidité milliardaire. Il a descendu le soleil du ciel et il en fait un grand bloc d'or. Il l'a pris parce que sur le soleil il n'y a pas d'eau régale pour la solution. Il a descendu les planètes et en a fait de nouveau de l'or qu'il a attaché à mille pieds au-dessus de la terre. Il fera craquer l'écorce de la terre à l'aide de la nitroglycérine à une profondeur de cent pieds et y sèmera des diamants.

Au milieu du mois de juin, l'état d'agitation tombe rapidement et laisse un état de profonde débilité intellectuelle dans lequel des délires des grandeurs insensés (possession d'un gilet de diamant, sac rempli de diamants dans la cave, sa femme a un corset de diamant, etc.), n'apparaissent que de temps en temps. Le malade a de nombreuses illusions de souvenir : il était déjà ici il y a plusieurs mois; une image de Rome, ville où il n'a jamais été, lui fait évoquer le souvenir imaginaire de cette ville avec toute sorte de détails. Il n'est pas orienté sur le temps, il confond le déjeuner avec le dîner, il n'a d'intérêt que pour ses besoins physiques, ne se soucie plus de sa profession ni de sa famille. Maladresse des mouvements, démarche lourde, mal assurée; pupilles inégales, tantôt c'est la droite, tantôt c'est la gauche qui est plus large; traits flasques et usés, trébuchement des syllabes de plus en plus manifeste.

Au mois de novembre il se produit un déclin psychique rapide, sans qu'on ait pu observer d'accès. Le malade devient confus, imbécile, épisodiquement stupide même. Il se démène comme en rêve; on est obligé de le forcer à manger; il devient malpropre. Le langage devient par moments tout à fait inintelligible (aphasie, trébuchement des syllabes); marche avec les jambes écartées, très mal assuré; le corps penche à gauche. Parfois il y a encore quelques réminiscences du délire des grandeurs (bloc d'or, diamants).

A partir du mois de décembre, démence apathique, perte des conceptions de mouvements, tiraillements maladroits et incohérents sur les vêtements.

A partir de janvier 1871, il se produit du marasme, un déclin rapide; les cheveux deviennent gris, le pouls est très lent, les températures sont subnormales. Le malade reste continuellement au lit; il ne peut plus se tenir sur ses jambes. Il faut le gaver puisqu'il n'a plus l'idée de manger ni d'images mentales pour faire les mouvements nécessaires.

Au milieu du mois de mars de l'apnée et de la dysphagie se montrent.

Le 19 mars le malade succombe à une pneumonie.

Autopsie. — Hyperostose du crâne, sutures en grande partie égalisées. Hydrocéphalus externe; trouble laiteux et épaississement des méninges au niveau du cerveau frontal et du vertex; il en existe aussi de petites traces à la base; les enveloppes corticales peuvent être détachées sans perte de substance; elles sont œdématiées. Les circonvolutions des lobes frontaux, pariétaux et temporaux sont atrophiées, surtout les circonvolutions centrales. La couche corticale est jaunâtre, les couches extérieures sont gonflées, la structure est conservée. La substance médullaire est anémiée, œdématiée, sa consistance est augmentée.

Le ventricule est dilaté, l'épendyme granuleux; hydrocéphalus interne; dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle épinière. Le poumon gauche

jusqu'à la pointe est atteint d'hépatisation grise. Au poumon droit il y a hypostase. Le cœur est graisseux, l'aorte fortement athéromateuse.

Observation XCV. *Forme ordinaire de la paralysie. Nombreux accès épileptiformes qui précipitent le dénouement fatal.* — Karmin, médecin, quarante-deux ans, a été confié à la clinique psychiatrique le 8 novembre 1875. Il avait perdu sa femme, il y a quatre ans, en avait conçu un profond chagrin, s'était mis à boire et se grisait dans ces dernières années tous les jours. Il perdit son ancienne clientèle, tomba avec ses enfants dans la plus profonde misère, cherchant toujours et toujours dans la bouteille à se consoler de sa détresse. Depuis le milieu de l'année 1874, le malade a montré une décroissance rapide de ses facultés intellectuelles; il est devenu très oublieux et, il y a un mois, avant son entrée à la clinique, il s'est produit chez lui un état de surexcitation. Il n'avait pas de sommeil, faisait des projets insensés, des projets de mariages; il comptait sur des gains fabuleux dans une loterie, allait comme en rêve dans les cabarets et dans la rue, pénétra une nuit dans le domicile d'une famille très honorable et voulut se coucher tout de suite avec sa prétendue fiancée.

Le 5 novembre, le malade vint au cabaret, titubant, incapable de prononcer un mot. Il tomba par terre en perdant connaissance, fut pris d'un accès épileptiforme, se remit après quelques minutes et rentra chez lui en courant. Là, il cassa les carreaux pour les remplacer par de plus beaux, coupa en morceaux ses vêtements, ravagea sa pharmacie, au point qu'on s'assura de sa personne.

Lors de sa réception, le malade semblait pris d'une folie furieuse paralytique, accompagnée d'un trouble grave de l'intelligence, d'un délire des grandeurs insensé, d'une grande inquiétude motrice et d'une profonde confusion. Convulsions et tremblement des muscles faciaux, hésitation dans le langage, parésie faciale du côté gauche, dilatation de la pupille droite, démarche mal assurée, titubante, penchant un peu vers le côté droit. Pas de traces de syphilis. Pas de maladies végétatives. Pouls lent au dernier degré.

Le 9 novembre commencent les attaques épileptiformes et on en compte 167 jusqu'au 11 novembre. Elles durent environ deux minutes, se limitent à la moitié gauche du corps et consistent en convulsions des extrémités et des muscles faciaux, tandis que les muscles de la moitié gauche du torse sont pris de spasmes toniques et que les yeux sont tournés à gauche. Le 11 ces phénomènes se produisent passagèrement sur la moitié droite aussi. Le pouls est à 80 et 90, la température accuse 39°. L'urine ne contient pas d'albumine. Dans les intervalles il y a coma. Le 11 au soir les accès spasmodiques cessent; la résolution générale des membres, la transpiration profuse, les difficultés de la déglutition, le ronchus trachéal, font supposer que le dénoument fatal est proche. Avec l'emploi du vin et de grosses doses de camphre le malade se remet. Mais il est devenu complètement idiot, excessivement maladroit dans ses mouvements. Un décubitus aigu et très profond se produit au sacrum, puis s'améliore à nouveau. Le malade prenait les douleurs qu'il en ressentait pour les morsures d'un chien qu'il s'efforçait sans cesse de chasser.

Au commencement du mois de décembre on observe un accès épileptiforme; le 25 janvier 1876 plusieurs attaques épileptiformes qui se limitent à la moitié gauche du torse, avec une température de 38°,3.

Le 23 février accès de spasmes cloniques généraux. Le 12 mars 1876 quatre autres accès du même genre qui le soir sont suivis du décès du malade au milieu d'un profond sopor.

Autopsie. — Crâne et dure-mère normaux. Opacités et épaississement diffus de la pie-mère à la convexité (à l'exception du lobe occipital) et aussi à la base. Les nerfs

optiques sont gélatineux, altérés dans leur couche extérieure. Le lobe frontal est atrophié, les circonvolutions du lobe pariétal aussi sont rétrécies et aplaties. Les ventricules sont dilatés. L'épendyme montre des granulations en masse. Le cerveau est anémié, très œdémateux.

Observation XCVI. *Forme hypocondriaque de la paralysie. Après une rémission, la forme classique entre en scène. Après une nouvelle rémission profonde, retour de la forme hypocondriaque.* — Schelig, trente et un ans, brasseur; pas de prédispositions héréditaires; de tout temps d'un caractère excentrique et irritable; est allé en 1873, à Londres, pour se perfectionner dans son métier. Dans la capitale britannique il se livra aux excès alcooliques et sexuels, se laissa aller à contracter un mariage contrairement à la volonté formelle de ses parents, se brouilla pour ce motif avec eux, tomba dans une situation précaire, n'obtenant plus aucun subside de sa famille; dans cet état pénible, plein de chagrin, il se livra plus que jamais à l'abus des boissons alcooliques. Il y a cinq mois il perdit le sommeil, devint agité, souffrait souvent de vertige, de mal de tête, de congestions, avait épisodiquement du délire des grandeurs, devenait irascible, triste, oublieux, distrait. Lorsqu'il y a deux mois, il rentra à la maison paternelle, il était affaibli intellectuellement, bien bas physiquement, bouleversé dans sa mine, douloureusement déprimé, se croyait atteint d'une maladie incurable.

Déjà, lors de son retour, il se faisait remarquer par sa démarche mal assurée et son élocution hésitante. Le tableau d'une mélancolie hypocondriaque se développa de plus en plus distinctement et, comme le malade commençait à refuser toute nourriture, il fallut l'amener à l'asile, ce qui eut lieu le 18 octobre 1875.

Lors de son entrée, il était profondément bouleversé, muet, craintif; il avait une respiration accélérée et superficielle, le pouls très tardif, des névralgies intercostales étendues, du tremblement de la langue, une démarche raide, légèrement titubante, de la salivation, de la rétention d'urine. Après quelques jours le malade commença à parler. L'élocution n'était pas troublée, mais ce qui était à remarquer c'était le timbre nasillant de sa voix. Somatiquement il existait chez lui un catarrhe chronique de l'estomac et de l'arrière-bouche avec sécrétion muqueuse abondante. Constipation, grande anémie et amaigrissement considérable. Il fallut forcer le malade à prendre de la nourriture. Comme motif du refus de nourriture on constate de nombreuses sensations hypocondriaques et des idées délirantes.

Il sent dans le corps une pression qui monte jusqu'à la poitrine, rien ne passe par son gosier, le ventre est en vibration continuelle, l'urine ne s'améliore pas, il souffre de l'arrêt d'eau, tout son corps est en désordre, il n'a plus de digestion, son corps est tout plein, on verse toujours des aliments dedans, rien n'en sort. En arrivera-t-on à lui ouvrir le corps? Il préférerait qu'on lui donnât du cyanure de potassium. Toute la force de son corps est partie, il a la phtiriase, les gens disent toujours qu'il a un chancre.

Du pus sort de son gosier, tout est rempli de pus, son cerveau est imbibé d'urine. Malgré toute la vivacité avec laquelle il manifestait toutes ses souffrances, il y avait pourtant chez lui une grande débilité psychique. Une simple menace suffisait pour le décider à prendre de la nourriture. Souvent il ne pouvait uriner.

Fin février 1876, le délire hypocondriaque disparut avec l'amélioration du catarrhe gastrique; il se produisit une rémission notable, mais la durée continue de la débilité psychique, des troubles moteurs et de la salivation montrèrent la gravité de la maladie. Vers le milieu du mois d'avril, il se produisit de l'hésitation dans le langage, et un mouvement convulsif des muscles faciaux à l'occasion des impulsions mimiques et articulaires.

Le 18 avril, on trouva le malade avec un trouble de l'intelligence profond et avec de violents phénomènes congestifs. Il demeura dans cet état sans connaissance à forme de stupeur jusqu'au 24 avril, jour où se produisit un état d'excitation maniaque. Le malade devenait inconstant, dormait peu, bavardait confusément, manifestait des idées de grandeur désultoire, avait une impulsion à collectionner, un grand trouble de l'intelligence, un trébuchement énorme des syllabes, une démarche titubante, et souvent une paralysie vasculaire de la figure. Avec ces phénomènes d'une violente congestion, il se produisit incidemment, au mois de mai, une folie furieuse avec déchirement, destruction, barbouillement d'excréments, ensuite la surexcitation retomba au niveau d'une exaltation maniaque avec délire des grandeurs; le malade parlait d'une riche fiancée, de noces splendides, de brasseries gigantesques qu'il voulait fonder. Vers le milieu du mois d'août, une seconde rémission et cette fois très étendue s'intercala dans le cadre de cette paralysie classique. Le malade reconnut son état, donna comme causes de sa maladie celles dont on a fait mention au début de cette observation, entra en correspondance avec sa famille et ne présentait rien de particulier si l'on fait abstraction de sa débilité psychique, de son trouble d'élocution et de sa fréquente paralysie vasculaire de la figure.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au commencement du mois de janvier 1877, lorsqu'il y eut un retour surprenant du catarrhe de l'estomac et du larynx et lorsqu'un état hypocondriaque et mélancolique entra de nouveau en scène, accompagnant à partir de ce moment et jusqu'à la fin la marche progressive de la maladie qui aboutit à la plus profonde démence.

Les idées délirantes étaient cette fois encore plus monstrueuses, plus démentes qu'auparavant. Le malade déclarait n'avoir plus d'estomac, être constipé jusqu'au huitième degré; la respiration et le pouls ne marchent plus, le gosier et les intestins sont fermés, il n'a jamais eu de selles, tout le corps est infiltré de pus, plein de pourriture, etc. Par-ci par-là, il exprimait aussi des idées micromaniaques, entre autres qu'il est encore un enfant, qu'il n'a que seize ans, etc. D'abord le malade ne voulait rien manger; il présentait en outre des émotions douloureuses comme réaction à ses sensations et à ses idées délirantes; avec la démence qui l'envahissait rapidement il devenait même glouton et dénué d'émotions malgré toutes ses plaintes hypocondriaques.

Les troubles moteurs et vasomoteurs ont aussi augmenté de plus en plus. Par suite d'un énorme trébuchement des syllabes et de l'ataxie labiale, le langage était souvent à peine intelligible; la démarche était mal assurée, les mouvements des mains étaient maladroits. La pupille gauche devint mydriatique. Souvent il y avait rétention d'urine. On a observé chez lui des accès de vertige, des phénomènes aphasiques, des accès congestifs. Le pouls devenait tardif à un très haut degré, les extrémités froides, légèrement cyanotiques. Quand il restait longtemps debout, il se produisait de l'œdème des pieds.

Au cours de l'année 1879, une baisse considérable de la nutrition se manifesta. Au commencement du mois de septembre, il se déclara une diarrhée profuse avec fièvre, diarrhée qu'on ne put arrêter. Le malade refusa la nourriture, présenta, outre des résidus de délire hypocondriaque nihiliste (pas de dents, ni de corps), dans les derniers jours de sa vie, des délires d'inanition, et périt dans un marasme profond le 17 septembre 1879.

Autopsie. — Crâne et dure-mère normaux. Collection considérable de sérosité dans l'espace arachnoïdien extérieur. La pie-mère, au niveau du cerveau frontal et pariétal, est trouble de façon diffuse, blanchâtre et épaissie, œdémateuse et facile à détacher de l'écorce cérébrale. Les circonvolutions du cerveau antérieur sont con-

sidérablement rétrécies, enfoncées et aplaties; ventricule considérablement dilaté; épendyme fortement granuleux. L'écorce cérébrale est fortement atrophiée. Le cerveau est du reste anémié, œdématié et d'une consistance ferme. Les vaisseaux et les nerfs de la base ne sont pas altérés.

Observation XCVII. *Démence paralytique primaire progressive après surmenage intellectuel.* — S... auditeur, quarante ans, marié, a été amené à l'asile le 8 novembre 1877. Le père est mort apoplectique, une sœur de la mère était aliénée, un frère du malade s'est suicidé dans un accès d'aliénation mentale.

Le malade était un homme nerveux, irascible, affligé de fréquents maux de tête, pas très doué intellectuellement, mais très laborieux, zélé dans son devoir et ne se livrant à aucun excès.

Il y a trois ans il fut pendant onze mois excessivement surmené par les travaux de son service. A la suite il se manifesta de temps en temps des maux de tête, des malaises congestifs et du vertige. Ce fonctionnaire qui autrefois écrivait facilement ne pouvait plus faire qu'avec beaucoup de peine et d'efforts les travaux du service les plus faciles. Il se sentait fatigué intellectuellement, confus; son style devenait lourd. Malgré un séjour à la campagne et des ménagements, l'insuffisance intellectuelle faisait des progrès rapides. Le malade, quand il travaillait, faisait des efforts pour trouver le terme propre et pourtant il n'arrivait plus à rien terminer. Le 22 mai 1877, après le déjeuner, il s'affaissa, pris d'un accès apoplectique, demeura pendant plusieurs heures sans connaissance en présentant des phénomènes fluxionnaires; il resta ensuite un moment tout à fait confus, mais il se remit rapidement et sans conserver de phénomènes de paralysie; cependant depuis cet accident il eut une baisse énorme de la mémoire et était incapable de faire aucun travail dans son service.

Après un séjour de trois mois dans un établissement hydrothérapique, un trouble de l'élocution se manifesta et sa débilité intellectuelle s'accentua. Vers la fin du mois d'octobre le malade sentit un froid glacial au doigt annulaire de la main gauche, froid qui gagna tout l'avant-bras. La motilité n'était pas troublée, la sensibilité était profondément abaissée. Le trouble (spasme vasculaire?) se renouvela plusieurs fois sous forme d'accès et durait jusqu'à un quart d'heure.

Le 2, il se produisit un état d'excitation congestive pendant lequel le malade avait l'intelligence profondément troublée, délirait, rageait; mais au bout de quelques heures, il reprit connaissance et se calma.

Le 7, nouvel état d'excitation qui l'a amené à l'asile. Il ne reconnaissait pas son état; il croyait qu'il n'avait qu'un trouble nerveux, et qu'il courait risque de devenir aliéné. Sa mémoire était très défectueuse, son intelligence profondément troublée, son regard et sa mine dénotaient une démence avancée, sa diction était lourde, souvent il ne pouvait trouver le terme propre et il en était péniblement affecté. Le langage était très troublé quant à l'articulation : certaines syllabes étaient avalées, d'autres accentuées avec une force anormale et poussées comme par un effort spasmodique. Avec les mouvements articulatoires, une vive convulsion et un fort tremblement des muscles de la face se produisaient. Il y avait myosis des deux yeux. Les mouvements délicats de la main manquaient de sûreté, les lignes de l'écriture étaient grotesques, inégales; la démarche était raide, maladroite et légèrement chancelante quand il faisait demi-tour. Pas de troubles de la sensibilité. Pouls très tardif. L'ophtalmoscope n'a montré en dehors d'un engorgement veineux aucun changement du fond de l'œil. Les organes végétatifs étaient sains, sauf des hémorroïdes et de la constipation.

La démence et le trouble de l'intelligence progressent de plus en plus. Le malade

erre comme dans un rêve, il se croit tantôt chez lui, tantôt dans un établissement hydrothérapique. Sa mémoire est très défectueuse, les impressions du passé le plus récent ne sont plus conservées. Il mêle les faits anciens et les faits nouveaux. La communication des idées est devenue très difficile par suite des phénomènes aphasiques et paraphasiques. Le malade se donne inutilement de la peine pendant des journées entières pour faire des travaux d'écriture; ces efforts ne donnent aucun résultat, le fatiguent et l'épuisent. Au milieu de cet état crépusculaire surgissent par-ci par-là des fragments de délire des grandeurs (il est général, décoré, il doit aller chez l'empereur) et de persécution (il a commis un adultère et sera traduit devant un conseil de guerre, etc.), mais ces délires ne sont pas utilisés. Le trouble du langage varie, mais en général il est progressif, l'attitude devient de plus en plus molle, la démarche de plus en plus raide et titubante. Parfois il se produit des accès de vertige et de congestion avec paralysie vasculaire bien caractérisée, de la fluxion, de l'incapacité à parler et de l'excitation psychique qui se manifeste par des déplacements inconscients et par des demandes impérieuses de s'en aller. Au mois de mai 1878 il eut neuf accès épileptiformes, au mois d'août un accès apoplectique; après ces accès la démence et le trouble de l'élocution ont considérablement augmenté et sont restés tels.

Au cours de l'hiver 1878-79 se montrent épisodiquement et avec fluxion considérable des états d'excitation gaie qui durent dix jours et qui se bornent à une opinion optimiste sur sa situation, à une poussée d'idées et à un besoin de mouvement continuel.

En février et en mars 1879, des accès épileptiformes se montrent à plusieurs reprises.

Le 20 mai, après que le malade eut toute la journée regardé fixement devant lui et comme absorbé, des accès épileptiformes réitérés se produisirent le soir à 7 heures. A 11 heures du soir tout le côté gauche du corps était paralysé, tandis que les convulsions continuaient du côté droit. Le malade était couché, en état de sopor, avec respiration ronflante; la température ne dépassait pas 38°. Le 21, à 6 heures du matin, la mort eut lieu.

Autopsie. — Hyperostose du crâne. Dure-mère : rien à constater. Les méninges sont molles le long des grands vaisseaux et sur la convexité elles sont troubles, blanchâtres et épaissies. Les vaisseaux de la pie-mère sont très sinueux et à certains endroits fortement injectés. Le sinus de la base est rempli de sang. La pie-mère est riche en sang, œdémateuse. Au-dessus de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale gauche, elle ne peut être détachée qu'avec perte de substance. Les circonvolutions cérébrales sont de forme grossière. Dans la région frontale et pariétale elles sont atrophiées à certains endroits, elles sont enfoncées et aplaties. L'écorce cérébrale est gris-rougeâtre. Dans la substance grise aussi bien que dans la substance blanche du cerveau les orifices vasculaires sont béants. La surface de section est partout aqueuse, brillante, surtout dans la moitié droite du cerveau.

Observation XCVIII. *Démence paralytique chez une femme. Cause unique : l'abus du tabac.* — Sulitt, trente-quatre ans, non mariée, fille d'un invalide, a été reçue à la clinique psychiatrique le 11 mars 1878.

La malade n'a pas de prédispositions héréditaires; elle n'a jamais été malade, sauf une péritonite traumatique qu'elle a eu à l'âge de huit ans. Elle n'a jamais accouché, n'a jamais été syphilitique, ni adonnée à la boisson, elle n'a jamais eu de lésions de la tête; elle était régulièrement menstruée.

La seule cause possible de sa maladie est l'abus du tabac. On a établi que depuis l'âge de douze ans, elle a beaucoup fumé et encore usait-elle des cigares les plus forts, pour la plupart des virginia ordinaires, et jusqu'à cinq par jour.

Dans ces deux dernières années elle était mal nourrie. Toutefois elle continuait à satisfaire sa passion. Par suite de cet abus une faiblesse nerveuse se serait produite dix mois avant son entrée à la clinique.

La malade tremblait, souffrait de vertiges, de chaleurs à la tête, de névralgie intercostale, et commença à présenter une légère baisse de l'intelligence et de la mémoire. Il y a huit mois, elle tomba en montant un escalier, eut une contusion à la joue, mais ne perdit pas connaissance.

Depuis on a constaté chez elle des accès de congestion accumulés, une douleur de tête frontale, une augmentation de la faiblesse de la mémoire, de la baisse de l'intelligence, de l'irritabilité. Le langage aussi devint mal assuré, trébuchant, la démarche raide, titubante ; la malade devint incapable de faire ses travaux manuels qu'ordinairement elle faisait très facilement.

Lors de sa réception elle présentait un grand trouble de l'intelligence, une démence avancée, une gaieté enfantine avec traces d'érotisme (elle veut se marier).

La malade est fluette et anémique ; le crâne ne présente pas de traces de traumatisme. Tremblement et forte vibration de la langue et des muscles faciaux, léger trémor des doigts. La pupille gauche est d'une largeur anormale, la mine démente, les muscles de la figure sont mal innervés, le trouble de l'élocution est très avancé (trébuchement des syllabes, avalement des syllabes). La démarche est titubante, mal assurée. Pouls excessivement tardif. Aucune trace de syphilis. Pas de trouble fonctionnels des organes végétatifs. Utérus en antéflexion. Nombreux points douloureux intercostaux ; les apophyses épineuses de toutes les vertèbres dorsales sont sensibles même à une légère pression.

A la période suivante la malade présente du délire des grandeurs, mais qui bientôt est débordé par la démence. Elle a une fortune de 100 millions, un palais dans la rue X..., elle fait une promenade dans une voiture attelée avec 20 lions et éléphants ; il faut qu'on se découvre devant elle puisqu'elle est la prieure de l'ordre des sœurs. Elle n'a que trois ans, elle a de très belles robes de soie, des chevaux sellés, etc.

Elle a souvent une paralysie vasculaire de la figure ; le 23 et le 25 mars, elle est prise de spasmes généraux accompagnés de lamentations et de cris d'angoisse, mais sans perte de connaissance. Dans la période suivante la démence progresse rapidement : aphasie, langage à peine intelligible qui finalement ne consiste qu'en sons gutturaux et non articulés, fort tremblement des lèvres et de la langue, paralysie de la coordination générale.

Au mois de novembre 1878, il se produit un état d'excitation anxieuse qui dure plusieurs jours, avec hurlements non articulés, pendant lesquels la malade se cogne la tête contre le mur. Jamais de fièvre.

Au mois de juin 1879, marasme avançant rapidement, décubitus. Le 24 juillet, collapsus, mort.

Autopsie (14 heures post mortem). — Crâne sans traces de traumatisme ; légèrement épaissi à la région frontale. Dure-mère : rien à constater ; pie-mère diffuse, trouble, laiteuse, et épaissie le long des grands vaisseaux et à d'autres endroits. Cet état s'étend aussi à la base. La pie-mère est du reste fortement œdémateuse, contenant peu de sang. Les lobes frontaux sont considérablement atrophiés, d'une consistance extraordinairement ferme, notamment à gauche. La substance corticale est atrophiée, décolorée, à moitié translucide. La substance médullaire se resserre lors de la section, elle contient peu de sang et est œdémateuse. Le ventricule est dilaté, l'épendyme d'une fermeté surprenante mais non granuleux.

Le cœur est petit, le tissu musculaire est pâle, pigmenté en brun. Le foie est brun pâle, atrophié. La rate est augmentée de volume.

CHAPITRE III

SYPHILIS CÉRÉBRALE[1]

Dans l'étiologie nous avons fait mention du fait que l'anémie syphilitique (produite par la maladie syphilitique des organes hémoplastiques, chlorose) peut provoquer des psychoses qui ne diffèrent en rien de celles qui sont dues à une autre cause. Outre ces cas, la syphilis peut cependant amener aussi des affections cérébrales par altération des tissus du cerveau et de ses enveloppes, affections qui par suite du caractère diffus des altérations font prédominer les symptômes psychiques dans le tableau de la maladie et qui par conséquent appartiennent au domaine de la psychiatrie.

L'apparition de ces affections syphilitiques du cerveau se produisent quand celui-ci a été préalablement affaibli par une tare, le surmenage ou des excès de toutes sortes. Dans ces cas, la localisation dans le cerveau peut se produire de bonne heure, peu après l'infection. Dans d'autres cas, cette localisation ne se produit qu'après plusieurs années et même après des décades d'années par suite de l'influence préjudiciable d'une cause accidentelle, par exemple un traumatisme de la tête. Dans le premier cas, la localisation syphilitique est souvent accompagnée d'un épilogue de la syphilis dans d'autres organes; dans le dernier cas, elle apparaît généralement comme une maladie autonome.

Les altérations cérébrales qui sont la base de la syphilis cérébrale sont très variées et par leur localisation et par leur nature. A côté d'une périostite simple, sclérosante, sanieuse, purulente et gommeuse, d'une ostéomyélite gommeuse et de l'atrophie inflammatoire de Virchow (caries sicca) des os frontaux, les processus en partie purement inflammatoires, en

[1] Wagner, *Arch. der Heilkunde*, IV, p. 161. — Griesinger, *Ibid.*, 1860, p. 68. — Lanceraux, *Traité hist. et prat. de la Syph.*, Paris, 1866. — Jaksch, *Prager med. Wochenschr.*, 1864, 1 à 52; *Virchow's Arch.*, XV, p. 217 et *Geschwülste*, t. II, p. 457. — Heubner, *Arch. der Heilkunde*, XI. — Le même, *Die luet. Erkrankung der Hirnarterien*, 1874. — Le même, *Ziemssens Handbuch*, XI, I. — Wunderlich, *Volkmanns Sammlung klin. Vorträge*, n° 93. — Schüle, *Sectionsergebnisse*, p. 161. — Esmarch et Jessen, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 14. — L. Meyer, *Ibid.*, 18. — Westphal, *Ibid.*, 20. — Wille, *Ibid.*, 28. — Schüle, *Ibid.*, 28. — Erlenmeyer, *Die luet. Psychosen*, 2e édit., 1877. — Mendel, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1879, 36. — Rumpf, *Die syph. Erkrankungen des Nervensystems*, Wiesbaden, 1887. — Fournier, *La syphilis du cerveau*, Paris, 1879.

partie spécifiques des méninges, du cerveau et des artères cérébrales, sont dans ce cas d'une grande importance.

Les altérations de la dure-mère sont soit des pachyméningites externes, soit des pachyméningites internes, soit des méningites gommeuses qui se développent de préférence entre les feuillets de ces membranes et qui se terminent par des tumeurs caséeuses.

On trouve plus fréquemment des processus spécifiques (syphilome) dans l'espace subarachnoïdal, processus qu'Heubner nous a montré comme des masses humides, rouge blanchâtre ou gris rougeâtre ou grises, avec consistance gélatineuse. Elles représentent des masses diffuses ou circonscrites, mais qui ne se détachent jamais nettement de la substance cérébrale qui est à l'état de ramollissement blanc ou rouge ; ces masses aboutissent probablement à la dégénérescence caséeuse (masses jaunes). A la convexité elles arrivent à souder les membranes entre elles et avec la surface cérébrale (ramollie). A la base du cerveau souvent les membranes ne sont pas atteintes par le processus qui apparaît plutôt comme une infiltration grise gélatiniforme et dont l'aspect et l'extension ressemblent à ceux d'une méningite tuberculeuse.

Si une résorption des masses syphilomateuses se produit, les méninges soudées forment comme une couenne qui persiste avec l'aspect d'une cicatrice.

Il est rare que les syphilomes soient des néoplasies autonomes du cerveau; dans la plupart des cas, ils ne se rencontrent qu'en connexité avec des néoplasmes des méninges. Les processus encéphaliques diffus (Virchow, Schüle) sont plus fréquents. La circulation et la nutrition du cerveau subissent une autre atteinte importante par suite de l'endartérite très fréquente des artères de la base du cerveau, maladie qui a été décrite par Heubner et à la suite de laquelle ces artères, de préférence à la scissure de Sylvius et au corps calleux, peuvent devenir imperméables ; mais comme ces artères sont des artères terminales, il se produit facilement des processus nécrobiotiques (ramollissements) dans les zones du cerveau qu'elles alimentent (notamment noyau lenticulaire et noyau caudé). Il s'y ajoute encore des altérations causées soit par des processus simplement inflammatoires, soit spécifiques des nerfs cérébraux de la base (exsudats cicatriciels, syphilome).

Etant donnée la grande diversité des processus anatomiques et de leur localisation, on comprend la variabilité et la diversité stupéfiante des tableaux cliniques de la syphilis cérébrale dans laquelle des symptômes diffus aussi bien que des symptômes de localisation peuvent se manifester successivement ou bien être mélangés.

Il est rare que la maladie se développe d'une façon aiguë et impétueuse. Presque toujours des symptômes de maladie cérébrale en voie d'évolution, symptômes qui se présentent soit sous forme d'accès et localisés, soit d'une façon continue et indiquant des altérations diffuses, précèdent des mois entiers ou même des années la psychose. Ces symptômes ont au début un caractère très vague. Outre des accès de mal de tête qui d'ordinaire

s'accentuent sous l'influence de la pression et de la chaleur du lit, à côté d'accès épisodiques de vertige et de syncope, de symptômes aphasiques, de faiblesse à allures de paralysie dans une extrémité, de paralysie occasionnelle d'un nerf cérébral, il se produit encore un changement dans le caractère et l'intelligence. Les malades deviennent souvent moroses, d'une irritabilité surprenante, déprimés, souvent aussi hypocondriaques, tristes. Leur mémoire, leur faculté de répartie diminuent; leur capacité pour le travail intellectuel baisse, ils sont plus vite fatigués; leurs sentiments s'émoussent. L'expression de leur figure aussi devient indifférente, fatiguée, leur maintien mou. Ils ne supportent plus que très mal les spiritueux, tombent à certaines périodes dans une véritable léthargie pour être ensuite tourmentés par une insomnie durant des semaines entières. Après une durée plus ou moins longue de ces prodromes, un accès de manie furieuse, de délire hallucinatoire avec violente angoisse et hallucinations terrifiantes, ou un accès apoplectiforme ou épileptiforme, peuvent amener l'explosion proprement dite de la maladie. Après une régression complète ou partielle des symptômes de l'attaque, le tableau de la démence progressive se développe ou bien celui d'une démence paralytique. Ce n'est que dans des cas rares que ce tableau se développe sous forme primaire après les phénomènes prodromiques.

Dans cette évolution d'une démence progressive les formes les plus diverses des délires de persécution et des grandeurs primordiaux, du délire hallucinatoire, des états crépusculaires et de la profonde somnolence, de la folie frénétique grave allant jusqu'aux phénomènes de delirium acutum peuvent alors faire leur apparition d'une façon intercurrente.

La débilité psychique qui est la condition causale, le grand trouble de l'intelligence, l'apparition et la disparition brusque du complexus symptomatique donnent à ces derniers un cachet particulier et indiquent du moins la présence certaine d'une maladie cérébrale idiopathique. Erlenmeyer insiste sur le caractère partiel des défectuosités psychiques dans la syphilis cérébrale, entre autres, la perte totale de la faculté à faire un calcul, à parler une langue étrangère que le malade parlait autrefois couramment, comme si les malades n'avaient jamais eu auparavant ces connaissances[1]. Dans cette affection psychique les troubles moteurs ne manquent jamais. Ils offrent un mélange très varié; ils ont en partie un caractère localisé et épisodique; ils indiquent en partie des altérations diffuses et sont continus et progressifs.

Sous le premier rapport on doit attribuer une importance particulière aux paralysies des nerfs cérébraux parmi lesquelles celles de l'oculomoteur (ptosis), de l'abducteur, du grand oblique, de l'hypoglosse, et les paralysies faciales se rencontrent avec une fréquence décroissante. Les hémiplégies

[1] Schüle aussi (*Manuel*, 3e édit., p. 397) trouve que cette « idiotie syphilitique » a un caractère particulier, parce que : 1° elle se développe avec une rapidité surprenante; 2° qu'elle présente à côté de la débilité psychique générale une partialité surprenante dans les défectuosités intellectuelles et que 3° ces symptômes de lacune sont très variables et alternent.

sont plus rares, les paralysies isolées des extrémités et enfin les paraplégies se rencontrent rarement.

Comme expression des troubles diffus dans les centres moteurs on trouve des troubles de coordination généraux qui souvent atteignent aussi le domaine du langage et par ce fait rapprochent de très près le tableau de la maladie de celui de la démence paralytique. Dans les cas à marche chronique le langage est atteint presque régulièrement. A côté des accès d'aphasie occasionnelle, de mutisme, il y a du trébuchement des syllabes, un trouble de l'élocution qui est scandée ou du moins bradyphasique.

Dans toutes les phases de la maladie, quand elle évolue comme une démence progressive avec troubles moteurs, des attaques apoplectiques et épileptiformes peuvent se produire.

Les premières vont rarement de pair avec une perte de connaissance, laissent souvent derrière elles des paralysies (hémiplégies, aphasie, etc.) qui cependant sont d'ordinaire incomplètes et disparaissent bientôt.

Les attaques épileptiformes consistent en spasmes partiels toniques ou cloniques ou bien aussi en spasmes généraux. Elles sont souvent accumulées, en séries. Il n'y a pas toujours perte de connaissance.

Un trouble de l'intelligence qui se produit souvent après les attaques psychiques et motrices et que Heubner a avec raison particulièrement relevé, se présente sous forme d'un état particulier de somnolence allant jusqu'au coma ou à la confusion à allures d'ivresse état dont on peu momentanément tirer le malade, qui alors reprend pour un moment ses sens, comme un homme normalement assoupi. Ce trouble peut durer des jours et même plusieurs semaines. Les états que nous venons de signaler peuvent aussi se rencontrer comme troubles épisodiques et autonomes. Les causes probables de ces états sont des troubles de la circulation dans l'écorce cérébrale, amenés par une embolie ou une thrombose. On rencontre aussi assez fréquemment une amblyopie, allant jusqu'à l'amaurose épisodique et alors sans lésions notables, ou d'une façon durable et avec les symptômes d'une névrite optique et d'une atrophie du nerf optique.

Les troubles sensitifs (douleurs ostéocopes, névralgies et anesthésies dans la région du trijumeau, douleurs rhumatoïdes dans les extrémités) n'ont qu'une importance secondaire dans le tableau de la maladie.

La marche de la syphilis cérébrale est en somme progressive, procède souvent par secousses, des douleurs nouvelles d'un genre quelconque donnent un nouvel essor à la maladie. Mais dans cette marche d'ensemble, essentiellement progressive, il y a une variation irrégulière des symptômes et des états isolés, comme on l'observe dans l'hystérie (Wunderlich). Des symptômes légers et graves, à forme localisée ou diffuse, en combinaison bizarre et extraordinaire, se placent les uns à côté des autres et rendent presque impossible le pronostic pour les jours ou les semaines qui vont suivre. La mort peut se produire inopinément par suite d'une nouvelle attaque, mais le malade peut aussi, après les phénomènes les plus menaçants, continuer à vivre. La durée totale de la syphilis cérébrale varie entre plusieurs mois et plusieurs années. La mort se produit brus-

quement dans une attaque et avec des phénomènes comateux ou bien par dépérissement lent et dans le marasme général. Le pronostic est douteux.

Des guérisons spontanées n'ont pas été constatées jusqu'ici, mais l'art médical intervenant à temps réussit dans plus de 50 p. 100 des cas à sauver la vie et souvent même à obtenir une guérison. Mais, dans la plupart des cas, on n'arrive qu'à une guérison qui laisse une défectuosité dans le domaine intellectuel. « La syphilis imprime au cerveau un caractère indélébile » (Wunderlich). Il devient moins capable de résistance et il faut toujours s'attendre aux récidives.

La première condition pour l'intervention thérapeutique, c'est de reconnaître le caractère spécifique de la maladie cérébrale.

Malheureusement elle ne présente pas de symptômes spécifiques. Le diagnostic ne saurait être qu'un diagnostic de probabilité. La première indication est d'établir par l'anamnèse ou par l'examen de l'état présent l'existence de la syphilis ; mais quand même cette preuve serait faite, elle ne prouverait point par elle-même la nature syphilitique de la maladie cérébrale.

Ce qui est encore important pour le diagnostic, c'est que la maladie ne saurait être suffisamment motivée que par la syphilis, que les symptômes montrent un groupement insolite et qu'ils présentent des variations irrégulières protéiformes. Sous le premier rapport l'apparition de phénomènes cérébraux graves à un âge souvent très jeune et sans prédispositions de l'individu, ni cause occasionnelle ni maladie causale, doit éveiller les soupçons. Un malade s'affaisse, par exemple, apoplectique, sans avoir d'athérome ni de maladie de cœur, ni de mal de Bright, etc., un autre est pris d'un accès épileptique sans aucune motivation.

Quant au groupement des symptômes, le mélange des symptômes localisés et diffus, l'apparition simultanée des troubles fonctionnels dans des cordons nerveux tout à fait disparates et anatomiquement très éloignés les uns des autres, méritent d'être particulièrement remarqués. Ainsi on trouve, par exemple, des hémiplégies compliquées de paralysie de l'oculomoteur et de l'abducteur, des hémiplégies du côté gauche combinées avec de l'aphasie ; de l'épilepsie avec des paralysies, avec des douleurs ostéocopes, des attaques apoplectiques suivies d'états de somnolence.

La thérapeutique trouve ici un terrain favorable quand elle intervient à temps et avec énergie, c'est-à-dire avec les spécifiques. Plus le diagnostic est vraisemblable, plus les phénomènes sont tumultueux et menaçants, plus le traitement devra être énergique. Dans les cas de diagnostic douteux, on fera bien d'essayer l'iodure de potassium.

Dans les autres cas il faut avoir recours au traitement par les onctions, mais qu'on se garde bien de mettre le malade à une diète trop maigre. Le cerveau du syphilitique ne supporte pas les traitements affaiblissants, et moins encore les saignées. Avec une bonne alimentation le traitement énergique par les onctions ne présente aucun inconvénient. On peut le combiner avec une médication par l'iodure de potassium ou ordonner ce

dernier par intervalles ou après la maladie. Si ce traitement par les onctions n'est pas possible, il faut recourir aux injections de sublimé.

Dans les cas chroniques et dont l'évolution rentre plutôt dans le cadre de la démence paralytique, c'est l'iodure de potassium qui est à recommander. On peut le donner à des doses quotidiennes de 8 à 10 grammes, en suivant le conseil d'Erlenmeyer de le donner par petites doses souvent réitérées et autant que possible étendues; en même temps on donne une forte infusion de calamus aromaticus.

Dans la convalescence on recommande les toniques, une nourriture carnée, le lait, etc., le séjour à la campagne, les bains de mer, les cures hydrothérapiques, l'usage continu de l'iodure de fer.

Les bains sulfureux ne sont pas indispensables. Comme l'épée de Damoclès, un retour de la maladie est toujours suspendu au-dessus du cerveau invalide du syphilitique; une diététique physique et intellectuelle du cerveau est indispensable.

Observation XCIX. *Syphilis cérébrale à forme de démence paralytique. Amélioration par le traitement antisyphilitique. Exacerbation provoquant la mort.* — Schleger, quarante ans, sellier, sans prédispositions héréditaires, a eu, à l'âge de vingt-sept ans, un chancre induré. Le traitement ne paraît pas avoir été spécifique. On n'a pas pu établir si des symptômes syphilitiques s'étaient produits consécutivement. Depuis 1870, le malade souffrait de fréquents accès de vertige, se plaignait souvent aussi d'avoir la vue faible. Il y a sept mois il s'est marié. Bientôt après on remarqua chez lui un changement de caractère, de l'irritabilité alternant avec de l'apathie, de la distraction, une diminution de sa faculté de travail. Souvent il ne pouvait plus trouver le mot juste. Vers Pâques de 1873 il aurait déliré pendant plusieurs jours.

Le 2 août 1873 un état d'excitation maniaque se déclara; le 4, il y eut un affaissement apoplectiforme, mais sans qu'aucune paralysie en résultât. Le 5 des vomissements violents se produisirent qui du 6 au 15 se répétèrent environ 120 fois et épuisèrent le malade tellement qu'à moins de perdre connaissance il ne pouvait rester que couché. L'état d'excitation maniaque persistant toujours (le malade voulait construire des maisons, partir pour l'Amérique, etc.), on dut l'amener à l'asile le 15 août 1873.

Il était profondément épuisé, pâle comme de la cire, sans fièvre. Les vomissements persistèrent encore pendant quelques jours. L'intelligence était profondément troublée, son état d'esprit était très animé, la marche de ses pensées était accélérée; cependant le malade avait visiblement beaucoup de difficultés à exprimer ses pensées. Il présentait un délire des grandeurs fantastique, spontané et alogique, comme on en voit dans la paralysie. Il voulait visiter toutes les ménageries du monde, acheter des sangliers et des éléphants, faire de gigantesques transactions à la Bourse, etc. Les mouvements des mains étaient ataxiques, mal assurés, la démarche lourde et à jambes écartées, la pupille droite myotique, les paupières supérieures étaient tombantes, parésiées, le muscle supérieur droit et le muscle interne de l'œil étaient parétiques et, quand il tournait ses regards en haut ou en dedans, il voyait les images doubles.

Sur tout le corps il y avait analgésie complète en même temps que la sensibilité tactile restait intacte; localisation et excitabilité réflexe. Les glandes inguinales et les ganglions cervicaux étaient un peu gonflés. Au pénis il existait une cicatrice

luisante comme un tendon. Au palais il existait un point blanchâtre de la grandeur d'une fève, sans épithélium et entouré d'un bord hyperhémique. Le malade avait dans ces dernières années perdu ses cheveux.

Le diagnostic établit la présence de la syphilis cérébrale et en prescrivit malgré le grand marasme le traitement par les onctions (4 grammes par jour) avec 4 grammes d'iodure de potassium par jour. En même temps on tâchait de nourrir le malade aussi substantiellement que possible et on le gardait au lit. Le délire devenait de plus en plus décousu; le malade ne pouvait plus discerner entre les produits fantastiques de son imagination et la réalité. L'enchaînement des idées ne se faisait qu'avec difficulté; souvent il lui était difficile de trouver le terme voulu; les faits du passé le plus récent étaient aussitôt oubliés. Le malade disait qu'un nègre lui avait coupé le cou à l'aide d'un cordon fin et il demandait du fil pour le recoudre; il cherchait les plaques de fer ornées d'une couronne de comte en diamants dont M. de Bismarck lui avait fait cadeau; il se croyait comte.

Le 13 septembre on cessa le traitement par les onctions, mais on continua de ui donner de l'iodure de potassium (4 grammes).

Au cours du mois d'octobre la syphilis buccale disparaît complètement, la nutrition se relève, son crâne chauve commence à se couvrir d'une riche chevelure. Les symptômes psychiques ne s'améliorent pas; au contraire la débilité intellectuelle va croissant et le délire prend un caractère alternant entre la mégalomanie et la micromanie. Le malade parle de deux millions dont on lui a fait cadeau; il se croit prince, lord, aide de camp de toutes les majestés, navigue sur des vaisseaux poussés par des arquebuses à vent et qui filent avec une rapidité énorme. Il est un grand magicien; il a visité le pôle Nord par une voie souterraine en se glissant dans le Vésuve. Dans ses phases dépressives il a la phtisie, il se prépare à la mort. Parfois il demande brutalement à partir, se lance sur les gens de l'entourage pour les étrangler, casse des carreaux; deux fois il a fait une tentative de suicide par strangulation à la suite d'une émotion enfantine causée par sa détention.

Du 1er au 20 novembre on applique le traitement par onctions (4 grammes), en continuant d'employer l'iodure de potassium. Le malade fait des progrès considérables pour la nutrition; ses joues se colorent. Le 21 novembre on supprime l'iodure de potassium. Malpropreté passagère causée, ainsi qu'on l'a établi, par l'anesthésie du rectum et de l'urètre. Parfois il se plaint de douleurs rhumatismales dans les extrémités inférieures. A partir du 21 décembre le malade prend de nouveau 2 grammes d'iodure de potassium par jour jusqu'au 5 avril 1874; à partir de cette date 4 grammes de sirop d'iodure de fer par jour.

Au cours du mois de mars 1874 le malade devient tranquille, rangé, l'intelligence s'éclaircit, il commence à reconnaître son état morbide, il ne comprend pas comment il a pu dire de telles absurdités. Le souvenir des faits vécus pendant sa maladie n'est que sommaire. Un examen minutieux fait cependant constater une imbécillité modérée et permanente. Le malade n'arrive pas à reconnaître clairement combien grave était sa maladie, il juge avec trop d'optimisme la faculté relative qu'il possède; ses rapports et ses sentiments à l'égard de sa femme et de ses parents se sont émoussés; en même temps il subsiste chez lui une certaine irritabilité émotive. Le ptosis et les phénomènes de paralysie de l'œil droit persistent sans changements.

On n'a pu constater des troubles du langage, de la sensibilité et de la motilité dans la période suivante, pas plus que des phénomènes syphilitiques. Le 3 mai 1874 le malade reprend ses anciennes occupations et se montre capable de vaquer à ses affaires.

Le 10 août 1874, il est de nouveau amené à l'asile. Après de forts excès sexuels

et alcooliques, un état d'agitation psychique avec vertige et vomissements violents, tout à fait semblable au premier, s'est produit vers la fin du mois de juillet.

Le malade présentait au point de vue psychique le même aspect que lors de sa première entrée à l'asile, c'est-à-dire une grande débilité psychique et de la confusion ainsi qu'un délire des grandeurs monstrueux et manquant de tout jugement. Mais contrairement à ce qui eut lieu dans sa première maladie, sa nutrition était cette fois excellente.

Les anciens troubles moteurs de l'œil droit persistaient de la même façon. Cette fois la reprise du traitement par les onctions et l'iodure de potassium n'a donné aucun résultat. Le malade présentait un trouble mimique tout à fait particulier; il ressemblait à un homme ivre, les muscles des joues et des lèvres de la moitié gauche de la face étaient souvent parétiques.

A partir du mois d'octobre amblyopie croissante des deux yeux, ce qui fait que le malade exprime le désir d'aller en Angleterre « pour se faire poser de nouveaux yeux dans la tête ». Au mois de mars 1875 se produisit un léger trébuchement des syllabes et l'habitude d'avaler les mots, qui depuis persista avec une intensité variable. Au commencement du mois d'avril, de l'ataxie et du tremblement se produisirent dans les extrémités supérieures. Le 11 mai 1875, il y eut deux accès de vertige. Au cours de l'été il se développa une chlorose (syphilitique) très avancée; au mois de novembre il y eut passagèrement rétention d'urine et des vomissements. Au mois de décembre, le langage devient hésitant, ralenti, et manque tout à fait dans les accès d'émotion. Les syllabes étaient incorrectement accentuées et souvent poussées comme par un effort. Des paralysies vasculaires dans la région du sympathique du cou se montraient aussi très fréquemment. Un ptosis se produisit à la paupière supérieure de l'œil gauche. Pendant cette longue période il existait au point de vue psychique une démence progressive et un délire des grandeurs tout à fait décousu. Le malade déclarait être un saint; il aurait découvert un nouveau continent à travers le firmament, il était le cuisinier le plus habile et en même temps prince. Par moments il refuse toute nourriture parce que des millions de dieux lui ont défendu de manger ou parce que Bismarck a empoisonné les plats. Au cours de l'année 1876 la maladie fait des progrès considérables.

Une profonde anémie et la difficulté des mouvements imposèrent la nécessité de maintenir le malade presque toujours au lit. Le trouble d'élocution augmenta tellement que parfois, par suite du trébuchement des syllabes et du bégaiement, le malade ne pouvait se faire comprendre. Il s'y ajouta encore une aphasie amnestique. Au point de vue intellectuel il existait une démence profonde avec des restes du délire des grandeurs. Il prétendait avoir 7 vies, 7 parties génitales et un âge de 77 millions d'années. Les dieux viendront le chercher ici dans sept jours et alors il disparaîtra. A partir du mois de mai il avait par moments des vomissements, de la rétention d'urine, du météorisme avec phénomènes de collapsus.

A partir le 8 janvier 1877, des accès apoplectiformes et épileptiformes accumulés se sont produits; la température s'est élevée à 39 et 40°. Le 16 janvier 1877, mort.

Autopsie (vingt heures post mortem). — Voûte cranienne et dure-mère : rien à constater. Sur la convexité les méninges sont excessivement tendres, à l'exception de légères opacités le long des grands vaisseaux au niveau du lobe pariétal et des épaississements blanc jaunâtre de la grandeur d'un grain de mil de la pie-mère au niveau des lobes temporaux. Par contre, à la base, les méninges, notamment à droite, sont très troubles et épaissies. Le nerf oculomoteur droit a à peine la moitié du volume du gauche et on est obligé de le sortir par une opération de l'arachnoïde épaissie. Les autres nerfs de la base sont intacts. L'artère vertébrale et celles de la

scissure de Sylvius du côté droit ainsi que le commencement de la basilaire sont épaissies, rigides, sclérosées, mais nulle part imperméables. Partout, à la convexité comme à la base et même là où la pie-mère n'est ni trouble ni épaissie, il y a des endroits où on ne peut la détacher de l'écorce cérébrale ramollie qu'au prix d'une perte de substance. Cette particularité se montre au plus haut degré à la pointe du lobe frontal.

Les circonvolutions du lobe frontal sont partout très petites et à certains endroits enfoncées et aplaties. L'écorce cérébrale est très amincie, gris jaunâtre, ramollie, imbibée de sérosité. Le cerveau est du reste très anémié, humide, luisant, et se recroqueville sur la surface de section. Les vaisseaux sont dilatés, les orifices vasculaires nettement béants. Les ventricules sont considérablement dilatés et remplis de sérosité claire. Granulations clairsemées.

Toutes les parties intérieures et extérieures du cadavre sont très anémiées.

A la surface épiglottique gauche inférieure la membrane muqueuse est pigmentée et présente des pertes de substance superficielles. Dans le pharynx, catarrhe chronique. La pointe du poumon gauche présente un aspect cicatriciel, elle est en outre pigmentée. Le lobe inférieur du poumon droit est à l'état d'hépatisation grise. La surface intérieure de l'aorte est lisse et sans modifications.

Le foie est graisseux, la veine porte intacte; mais sur la surface antérieure du lobe droit la séreuse est épaissie et au-dessous de cette dernière il y a une callosité blanche, rude, fibreuse et pénétrant dans le parenchyme.

Pour le reste pas de traces de syphilis viscérale.

Observation C. *Démence progressive avec troubles moteurs d'origine syphilitique, Traitement par l'iodure de potassium. Amélioration durable.* — Walz, employé. trente-cinq ans, marié, a été amené à l'asile le 27 mai 1876 avec le diagnostic de démence paralytique. Le malade est issu d'une famille de névropathes excentriques. Le père passait partout pour un aliéné. A l'âge de vingt-deux ans, le malade contracta un chancre induré qui fut suivi de phénomènes syphilitiques généraux. Le traitement semble avoir été spécifique, mais peu énergique. Un an après l'infection, un accès apoplectique s'est produit et a laissé derrière lui une paralysie faciale. A la période suivante on n'aurait plus observé aucune trace de syphilis; cependant le malade était souvent atteint de mal de tête, ne pouvait supporter l'alcool et se fatiguait vite par le travail intellectuel. En 1873, à l'occasion de l'exposition universelle de Vienne, il aurait, dit-on, fait beaucoup d'excès in potu et Venere, il aurait été à la suite de ces excès nerveux, très agité et, pendant une longue période de temps, privé de sommeil; il se serait ensuite remis dans un établissement hydrothérapique. Il y a trois ans, une paralysie faciale du côté droit s'est produite. Le malade, dit-on, aurait à cette époque bégayé et zézayé pendant quelque temps.

L'été de 1875, à une époque où le malade était très surmené intellectuellement, de l'insomnie et une baisse rapide de la nutrition se sont produites. Au mois de mars 1876, le malade changea au psychique; il devint bizarre, irritable, distrait, oublieux. Par moments il était anxieux, fort inquiet de son avenir; il craignait d'être exposé à des privations, lui et sa famille; ensuite il se rassérénait et devenait insouciant jusqu'à la gaieté. Au mois de mai 1876, une insomnie pénible se produisit de nouveau; le malade devint agité, incapable de travailler, sensible à la lumière et au bruit.

Lors de son entrée à l'asile, il est légèrement congestif, comme s'il était ivre, avec une expression fatiguée et légèrement démente dans la physionomie et avec une attitude apathique. Il ne reconnaît pas l'endroit où il se trouve; le lendemain il croit être depuis plusieurs semaines à l'asile; il oublie un moment après les visites

qu'il a eues, les repas qu'il a pris, tandis que sa mémoire reste assez fidèle pour le passé le plus reculé. Il trouve lui-même qu'il est oublieux, que depuis une longue période de temps il était incapable de faire convenablement ses affaires, qu'il se trompait en comptant de l'argent, dans ses calculs, etc. Il est incapable de répéter les phrases un peu longues qu'on lui dicte, son élocution est troublée, ralentie, légèrement hésitante. Sa langue s'avance en tremblant; dans les mouvements mimiques et articulatoires les lèvres aussi tremblent et des convulsions fibrillaires se montrent dans les muscles de la figure: la moitié droite de la figure, notamment la bouche, est parétique; à l'œil gauche il se produit un léger ptosis et une parésie du muscle droit inférieur. Les pupilles sont de grandeur moyenne et égales; elles réagissent promptement. Les mouvements des extrémités manquent un peu de sûreté; souvent de légères convulsions se produisent. La démarche est légèrement chancelante, maladroite, les jambes écartées. L'examen le plus minutieux ne peut déceler aucune trace de syphilis. L'ophtalmoscope fait constater de l'étroitesse des artères à gauche, un peu d'engorgement des veines; à droite la moitié extérieure de la papille est grisâtre, terne (œdème). Le malade est hyperesthésique pour les bruits; il dort peu. Il erre comme en rêve avec une notion très vague des lieux et du temps; souvent il demande brusquement à partir; à plusieurs reprises il est pris d'une émotion douloureuse et enfantine parce que sa femme ne vient pas le voir et qu'il est obligé, ici, dans « la prison », de passer son temps à attraper des mouches. Une autre fois il se lamente durant des heures parce qu'il est ruiné et qu'on le traite avec du poison. Il est un homme perdu; qu'on lui apporte un cercueil pour qu'il puisse se coucher dedans. « Oh! que c'est dur d'être condamné à mourir sans pouvoir revoir sa femme! »

On lui donne des bains, ce qui fait disparaître l'insomnie. Etant donné les antécédents syphilitiques, on prescrit de l'iodure de potassium et on augmente la dose progressivement jusqu'à 6 grammes par jour jusqu'à ce que l'acné iodique et des symptômes d'une légère intoxication se manifestent.

Déjà, vers le milieu du mois de juin, l'intelligence s'éclaircit et les troubles moteurs baissent.

La suite de l'observation est interrompue par le fait qu'on retire brusquement le malade de l'asile le 4 juillet 1876. Lors de sa sortie, il présentait encore un léger degré de débilité psychique, une élocution maladroite et de légères convulsions ainsi qu'un petit tremblement des muscles faciaux.

Je dois à l'obligeance de M. Birnbacher, directeur de l'asile, des renseignements complémentaires sur le malade. Bientôt après son départ de l'asile, un accès apoplectiforme s'est produit et fut suivi par une forte régression des fonctions psychiques et une parésie hémilatérale. « L'homme tout entier était comme un enfant imbécile et inepte. » Au bout d'une demi-année il s'est remis au point qu'il put tout d'abord faire un travail de copiste et bientôt après des travaux faciles de rédaction. Depuis deux ans il travaille comme avocat et a une clientèle assez nombreuse. « Sauf sa légère démence, on pourrait parler d'un état psychique intact. »

CHAPITRE IV

DÉMENCE SÉNILE

(IMBÉCILLITÉ SÉNILE) [1]

Avec l'âge, le cerveau subit une métamorphose régressive qui ne représente qu'un phénomène partiel du processus général de l'évolution physique.

Tandis que ce dernier se manifeste végétativement comme marasme sénile, l'altération organique du cerveau se fait sentir par un changement dans la nature intellectuelle et le caractère de l'individu. L'homme dont le cerveau vieillit devient plus circonspect dans ses opinions et ses jugements ; son pouvoir d'assimilation intellectuelle n'est plus aussi grand, son imagination aussi vive et aussi chaude que dans sa jeunesse ; les opérations de la pensée se ralentissent, la mémoire baisse, le cercle des idées devient plus restreint, la volonté n'est plus aussi ferme ; au contraire, elle est plus facile à influencer.

Le vieillard vit de préférence dans le passé ; il est conservateur, se méfie des innovations ; il devient égoïste et laudator temporis acti (Legrand du Saulle).

Souvent les choses ne s'en tiennent pas à ce changement sénile du caractère ; un état de débilité intellectuelle progressive se développe, état qui peut aller jusqu'aux stades extrêmes de l'imbécillité.

A cette constatation clinique de la démence sénile correspond anamitoquement une atrophie des hémisphères cérébraux avec athérome simultané des artères cérébrales. Cette atrophie est toujours plus nette sur les circonvolutions frontales, circonvolutions dont les contours sont effacés dans la plupart des cas et dont la couleur, sur les sections transversales, tire sur le jaune.

Microscopiquement on trouve des altérations des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale (atrophie simple, dégénérescence adipeuse, dégénérescence graisseuse, pigmentaire) et des vaisseaux (athérome, oblitération par atrophie, anévrismes capillaires).

Outre l'état d'atrophie cérébrale, on voit encore des épaississements compensateurs de la boîte cranienne, des collections de sérosité dans l'espace arachnoïdien et dans les ventricules, de la pachyméningite

[1] Durand-Fardel, *Maladies des vieillards*. — Marcé, *Recherches cliniques sur la démence sénile*, *Gaz. méd. de Paris*, 1863. — Günz, *Zeitschr. f. Psych.*, 30, p. 102. — Wille, *Ibid.*, 30, fasc. 3. — Weiss, *Psychosen des Seniums*, *Wien. med. Presse*, 1880, 9.

externe et interne, de l'œdème de la pie-mère; souvent aussi il y a, soit comme phénomènes étiologiques, soit comme complications, des maladies localisées sous forme de foyers apoplectiques et de ramollissement (encéphalite athéromateuse).

Ainsi donc l'atrophie peut être primaire ou bien elle peut se produire par suite de processus localisés, notamment quand ils sont multiples.

Les phénomènes prodromiques de la maladie sont ceux du changement sénile du caractère, qui s'accentuent de plus en plus et font apparaître surtout l'égoïsme, l'avarice, la méfiance, l'irritabilité, les lapsus judicii et memoriæ (surtout pour les faits du passé le plus récent). Souvent il s'y ajoute des accès de vertige, d'apoplexie ou des accès épileptoïdes, de la léthargie ou de l'insomnie avec promenades nocturnes. Dans d'autres cas un relâchement surprenant des sentiments éthiques se manifeste et, l'excitation sexuelle aidant, il se produit alors de graves atteintes aux bonnes mœurs, atteintes dont les victimes sont surtout les enfants. Après une durée plus ou moins longue de ce stade prodromique, le tableau du délire de persécution sénile ou celui de la manie sénile peut se développer et mener à la démence, ou bien cette dernière se développe immédiatement, comme démence primaire progressive, au stade prodromique. Alors les troubles de la mémoire se développent rapidement et effacent surtout les souvenirs du passé le plus récent, mais parfois même ceux des choses vécues pendant les dernières années, de sorte que les malades ne vivent que dans le passé le plus reculé. Un trouble profond de l'intelligence touchant à la fois et également les notions de temps et d'espace, se fait sentir. Les malades se trompent de chemin et s'égarent; ils ne peuvent plus s'orienter dans la rue et même dans leur propre maison, ils égarent leurs effets et croient ensuite qu'on les leur a volés, ils prennent les objets d'autrui, etc. Dans la marche des conceptions il y a incohérence et confusion; l'état d'esprit devient instable; une gaieté et des rires enfantins alternent avec des phases de dépression douloureuse souvent à nuance hypocondriaque et allant jusqu'au tædium vitæ. Les malades se promènent la nuit comme dans un rêve, fouillant sans rime ni raison dans leurs effets, cassent par maladresse tout ce qui tombe sous leurs mains, ne peuvent plus retrouver leur lit. La cause de cette hantise nocturne est souvent due à des sentiments d'angoisse, des idées brusques de persécution et des illusions des sens.

Dans ce tableau de la décadence intellectuelle, des états d'excitation mélancolique et maniaque ainsi que des délires de persécution peuvent apparaître comme phénomènes épisodiques.

Comme d'autres phénomènes somatiques intercurrents, il y a assez fréquemment des accès apoplectiques et épileptiformes qui sont amenés soit par des foyers d'apoplexie et de ramollissement, soit par un trouble épisodique de la circulation et un œdème localisé. Consécutivement à ces accès, il y a alors souvent des paralysies (hypoglosse facial, hémiplégie) localisées. Si la vie se conserve assez longtemps, les malades deviennent idiots, apathiques, malpropres, goinfres, et arrivent à une paralysie psychique progressive ainsi qu'à une paralysie motrice générale.

La marche de la démence sénile est chronique, se prolonge des années; cependant il y a des cas rares où la marche est aiguë et ne dure que quelques mois [1].

La mort se produit dans la plupart des cas à la suite de complications cérébrales, de pneumonies ou aussi d'affections de la vessie, du décubitus, de diarrhées colliquatives.

Au point de vue thérapeutique nous sommes impuissants en face du processus de dégénérescence qui est la base de la maladie. Tout ce qu'on peut faire c'est de nourrir le mieux possible le malade et de stimuler la circulation (vin). L'inquiétude, de préférence nocturne, du malade paraît être un phénomène d'inanition relative, car un dîner abondant et l'usage des spiritueux produisent souvent un effet calmant. Dans les cas où les narcotiques sont indiqués, c'est l'opium qui se recommande comme sédatif et comme hypnotique, tandis que l'emploi de l'hydrate de chloral n'est pas sans inconvénients, étant donné l'état fragile des vaisseaux et la dégénérescence graisseuse du cœur qu'on rencontre dans la plupart des cas.

Observation CI. *Mélancolie sénile. Terminaison par la démence sénile.* — — M. X..., banquier, soixante-cinq ans, a été reçu le 15 juillet 1864 à l'asile. Depuis le mois de mai on avait constaté chez lui des symptômes d'une mélancolie avec tædium vitæ et une agitation dévorante, des idées délirantes nihilistes d'être ruiné, de ne pouvoir plus rien payer. En même temps il existait un grand trouble de l'intelligence et de la faiblesse de la mémoire, parfois il entendait des voix lui dire qu'il a fait des bêtises, commis des escroqueries.

Lors de sa réception, mélancolie agitée avec grand trouble de l'intelligence; tête chaude, rouge, congestionnée. Inquiétude tourmentante qui poussait le malade à se frotter et à s'écorcher le corps.

Grande résistance douloureuse, plaintes qu'il ignore ce qui se passe autour de lui, que sa mémoire est bouleversée, qu'il ne sort pas d'un dilemme continuel de conceptions de contraste, qu'il ne sait plus rien de ce qui se passe dans le monde extérieur (trouble de la conscience et perception entravée). En même temps délire tout à fait fragmentaire, exclamations continuelles : « Mais pour l'amour de Dieu, qu'est-ce que j'ai donc fait? » (poussée d'idées avec incapacité de terminer une série de conceptions. A ce tableau d'une mélancolie agitée, dévorante, avec grande confusion et trouble profond de l'intelligence, s'ajoutent la malpropreté, le refus de manger et un délire nihiliste. Il se croit mort, incapable de courir, un être de travers, vide, constipé, passé à l'état de pourriture; ses excréments sont arrêtés dans son corps; tout l'univers est sens dessus dessous, tout est de la farce et de la bêtise, tout n'existe que pour la forme, tout est faux, tout est perdu, il n'y a plus aucun lit, plus de nourriture, les plats ne sont que des excréments de chats, qui ont déjà été mangés. Il a perdu la mémoire; il est devenu un autre individu.

Ces conceptions délirantes indiquent un trouble profond de la conscience de soi-même et du monde extérieur; elles sont exprimées par fragments et dites sans cesse d'une voix monotone et sans aucune émotion profonde. On a pu noter bien distinctement une alternance régulière entre les journées relativement tranquilles et les journées relativement agitées; aux dernières phases le malade était tout à la néga-

[1] Morbus climactericus (Lobstein), atrophie fébrile des vieillards (Virchow), voir son *Manuel de Pathol. spéciale*, 1re section, p. 310, 319.

tion, très récalcitrant, s'égratignait la figure et le torse, et refusait la nourriture. Une peur tourmentante ainsi que le prurit sénile semblent être la cause de ce grattage continuel. Par-ci par-là plaintes de maux de tête, de vertige; il a la tête chaude, rouge; par moments il entend des voix accusatrices et sent des odeurs puantes qui produisent en lui l'illusion que tout est passé à l'état de pourriture. Vers la fin de 1864, l'émotion se relâcha tandis que les plaintes nihilistes continuaient mais d'une manière de plus en plus fragmentaire et confuse, et que le trouble de l'intelligence progressait de plus en plus. Les bruits du cœur étaient constamment sourds et troublés, les artères rigides. Au cours de l'été de 1866, un marasme avancé s'est développé; au mois de juin un hématome de l'oreille, au mois de juillet une furonculose générale. Au mois de mars 1867, le malade, en état de démence avancée avec des restes de délire nihiliste sans émotion, a succombé à une pneumonie.

Autopsie (vingt-quatre heures post mortem). — Crâne un peu lourd, substance osseuse compacte, dure, cassante; diploé disparu. Dans certaines parties des os frontaux et pariétaux il existe des ostéophytes du volume d'un grain de pavot. Sutures complètes. La dure-mère adhère solidement au crâne, comme feutrée à sa surface. Sa surface intérieure est couverte de néomembranes formant plusieurs couches et ayant une couleur de rouille. Dans le sac arachnoïdien il n'y a que quelques gouttes de sérosité. La pie-mère est anémiée; au niveau du lobe frontal elle est œdémateuse; au niveau du lobe postérieur à droite elle est injectée d'une manière frappante; l'écorce cérébrale qui se trouve au-dessous est pulpeuse, ramollie; en faisant une incision on lui trouve une couleur gris blanc; une zone de 3 centimètres environ de la substance blanche sous-jacente à l'écorce est également gris blanchâtre et ramollie (encéphalo-malacie blanche). La pie-mère se détache facilement de l'écorce cérébrale et n'est épaissie nulle part. La première et la seconde circonvolution frontale ainsi que la circonvolution antérieure et postérieure du lobe central sont profondément enfoncées et aplaties. La couche corticale des hémisphères est partout d'une couleur jaunâtre, translucide; la substance blanche, notamment dans le lobe postérieur, présente des vaisseaux dilatés. Les ventricules ne sont pas dilatés, l'épendyme est un peu épaissi.

Les carotides sont athéromateuses à un degré très avancé, avec ossification partielle, de même l'artère basilaire, avec dilatation cirsoïde à certains endroits. Les autres parties du cerveau ainsi que la moelle épinière ne présentent pas d'altération visible.

Le lobe inférieur du poumon droit est à l'état d'hépatisation grise. La valvule mitrale est épaissie, retractée, les valvules de l'aorte sont athéromateuses, mais suffisantes. Le myocarde est jaune brun, graisseux sur les sections transversales. A la paroi supérieure de l'arc de l'aorte il y a une plaque grande comme une pièce de deux francs, rude, dure comme de l'os, athéromateuse, des plaques similaires mais plus petites se trouvent sur l'aorte descendante. Le gros intestin est rétréci, gros comme un doigt à six pouces au-dessus de l'anus et dans une longueur d'un demi-pouce.

Diagnostic anatomique. — Atrophie cérébrale; encéphalite du lobe cérébral postérieur droit; pachyméningite interne; pneumonie croupale droite; athérome des artères; dégénérescence adipeuse du cœur.

Observation CII. *Démence sénile. Manie intercurrente.* — Klug, artisan, soixante-sept ans, reçu le 18 décembre 1875, a eu une sœur aliénée et a été en 1848 maniaque pendant quelques semaines. C'était un homme travailleur, rangé dans ses affaires, et qui a su gagner une fortune assez considérable. Au cours de l'année 1875, le malade devenait oublieux, distrait, méfiant, avare. Il souffrait souvent de malaises urinaires (hypertrophie de la prostate). A partir de ce moment, il n'eut plus de sommeil; il se promenait à tort et à travers, commença à faire des achats sans

aucun but, à importuner par des propositions lascives les femmes de son entourage, à traîner dans les cabarets des nuits entières. Quand ses parents lui faisaient des observations à ce sujet, il devenait brutal et disait qu'il avait le droit de jouir de la vie sur ses vieux jours, et qu'il devenait tous les jours plus jeune et mieux portant.

A partir du 10 décembre, 7 accès épileptiformes se produisirent. Depuis le malade est plus agité, plus remuant; il fait des projets sans aucun plan; ivrogne, gaspilleur d'argent. Il nourrissait le projet de fonder des brasseries grandioses, de faire faire de grandes constructions, de faire bâtir des rues entières qui devraient porter son nom. Un jour il coupa tout d'abord les ailes aux oies de sa ferme, ensuite la tête et il finit par menacer les membres de sa famille. Il fut amené à la clinique.

Lors de sa réception, le malade était congestif, avait les yeux brillants, les pupilles myotiques. Tout d'abord il ne reconnaissait pas sa situation; il se plaisait à échafauder des projets insensés; il importunait le personnel féminin de la maison et devenait même obscène; il était plein de projets et de désirs, bavard, sans consistance, sans sommeil. Son caractère puéril, ses émotions superficielles, ses lapsus judicii et memoriæ, une grande facilité à oublier ainsi qu'à se laisser détourner d'un sujet, ont donné au tableau de la maladie, d'ailleurs maniaque, le cachet de la débilité psychique. Au physique il présentait, outre une fluxion bien nette à la tête, des phénomènes de senium avancé, des artères rigides très sinueuses, de l'emphysème.

Le malade paraissait avoir vaguement les notions du temps et des lieux. Il dormait très peu la nuit, faisait du vacarme dans la chambre, cherchait ses effets, ne pouvait les trouver, errait comme en rêve pendant la journée, bâtissait des châteaux en Espagne : tout l'hôpital était à lui; il voulait le transformer en un palais.

A part un léger tremblement des lèvres il n'y avait pas de troubles moteurs. Plusieurs fois, avec les symptômes d'une vive fluxion vers le cerveau, une excitation violente, douloureuse et furieuse, se produisit pendant laquelle il demandait brusquement à partir, devenait brutal et même agressif contre le personnel, mais se calmait bientôt après.

A la suite du traitement par les bains et les injections de morphine (2 fois par jour 0,01) l'agitation diminua au commencement de janvier 1876. Le malade passait des nuits tranquilles, corrigeait lui-même ses projets exubérants et montrait même des traces de reconnaissance de son état.

La débilité psychique se manifesta alors encore plus nettement, surtout par des émotions douloureuses puériles qui se produisirent parce qu'on ne lui permettait pas de rentrer dans sa famille.

Vers la fin du mois de janvier, on put enfin le rendre à sa famille définitivement calmé, mais présentant des signes bien nets de décadence intellectuelle.

Observation CIII. *Démence sénile. Délire de persécution.* — Miclosch, soixante-dix-huit ans, fonctionnaire en retraite, a été reçu le 2 octobre 1874 à l'asile. Depuis trois ans ses facultés intellectuelles avaient baissé; il était devenu oublieux, distrait, ne pouvait souvent s'orienter dans la rue, ni même dans son logement; égarait ses effets et se croyait ensuite volé. Il y a quatre mois, un accès apoplectiforme se produisit. Depuis cet accident le malade était devenu inquiet, méfiant, manifestait épisodiquement du délire d'empoisonnement, craignait les voleurs, était souvent la nuit anxieux et sans sommeil. La débilité intellectuelle faisait de grands progrès, les notions de temps et de lieux étaient souvent très troublées, et de fréquentes oppressions à la poitrine, des difficultés de la respiration, du mal de tête, du vertige, de la faiblesse croissante des jambes ont été interprétés par le malade en partie dans un sens hypocondriaque, en partie comme des menées hostiles à son égard.

Peu de temps avant son entrée à l'asile il se produisit chez lui un délire d'empoisonnement prononcé; il accusait les membres de sa famille de vouloir attenter à ses jours; il devenait de plus en plus agité et finit par refuser toute nourriture. On se décida à l'amener à l'asile.

Le malade présente l'image parfaite d'un marasme sénile. Les artères sont rigides, le pouls est irrégulier, interrompu, les lèvres cyanotiques; il a de l'œdème aux pieds et aux paupières, la matité du cœur est considérablement augmentée, le premier battement à la région tricuspide est remplacé par un bruit.

Le malade est très débile intellectuellement; notions de temps et de lieu incertaines; sa mémoire est tellement affaiblie qu'il ne peut pas retenir les impressions du passé le plus récent. On peut facilement le détourner d'un sujet, il est puéril, pleurniche. La nuit il dort peu, va à droite et à gauche, talonné par une inquiétude anxieuse, craint les voleurs et les assassins et ne peut souvent retrouver son lit. Il raconte que chez lui on a voulu l'empoisonner. Il a vu les membres de sa famille jeter de l'arsenic blanc sur son assiette. Il n'a pas senti le goût du poison, mais il en a reconnu les effets dans ses malaises physiques multiples (causés par une affection organique du cœur) et par le fait qu'il ne pouvait plus dormir.

A l'asile aussi il montrait souvent de la méfiance, refusait de prendre les médicaments parce qu'ils contenaient de la poudre insecticide vénéneuse, refusait la nourriture parce qu'on y avait mis de l'arsenic; mais ont vient facilement à bout de sa résistance. On lui met souvent aussi quelque chose dans les plats pour qu'il ne puisse plus dormir. Les gens de sa famille le persécutent même ici. C'est en employant la ruse qu'ils l'ont amené ici, pour pouvoir le dépouiller et détourner à leur profit toute sa fortune. Les émotions profondes manquent; seulement par moments, surtout la nuit, il a des accès d'angoisse spontanés qui alors ramènent les idées délirantes dans sa conscience. Il crie au secours et pleure comme un enfant. Fréquents accès de vertige. Baisse progressive de la mémoire et obnubilation croissante de la conscience.

A partir du milieu de décembre, il se produit une suffocation considérable et un œdème général avec phénomènes de faiblesse cardiaque. Le 25 décembre, la mort se produit avec les symptômes d'un œdème pulmonaire.

Autopsie. — Hyperostose cranienne. Dure-mère et pie-mère normales. Les circonvolutions du cerveau frontal et pariétal sont rétrécies, et par-ci par-là enfoncées. Les artères de la base sont athéromateuses, dégénérées à un très haut degré.

A la surface basilaire des lobes gauches de l'occiput et de la tempe, il y a un foyer encéphalitique, étendu, rempli de sérosité trouble et recouvert de la pie-mère; ce foyer va d'un côté jusqu'à la moitié intérieure de la troisième circonvolution temporale, de l'autre côté jusqu'au pédoncule postérieur et communique avec ce dernier. Les parois du foyer sont revêtues d'une membrane de couleur ocreuse. L'artère cérébrale profonde gauche est transformée en un cordon de tissu conjonctif et se perd dans le foyer.

Un deuxième foyer, de 3 centimètres de long, jaunâtre, calleux, occupe la moitié de la circonvolution transversale qui forme le second sillon frontal; un troisième, analogue au deuxième et de la grandeur d'un sou, se trouve au point où la circonvolution angulaire gagne la seconde circonvolution occipitale, un quatrième dans la fissure calcarine. Le cerveau est du reste œdémateux, anémié. Le cœur est doublé de volume, la paroi gauche du ventricule est épaissie. Les valvules de l'aorte et les valvules tricuspides sont épaissies, ratatinées, la partie supérieure de l'aorte est dilatée, les parois présentent un commencement de dégénérescence athéromateuse. Le myocarde est coloré en jaune, graisseux.

SIXIÈME PARTIE

ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUES

Dans chacune des phases que le système nerveux central doit parcourir avant d'atteindre à l'apogée de son développement individuel, des circonstances peuvent intervenir qui entravent son développement ou l'arrêtent complètement. D'ordinaire ce phénomène se produit au détriment des capacités de l'organe psychique et les atteint gravement. L'ensemble des défectuosités et des lacunes qui en résultent dans le domaine psychique est désigné ordinairement par l'expression d'entraves dans le développement psychique.

Il est très difficile d'apprécier et d'envisager dans un ensemble clinique toutes ces insuffisances psychiques, car on se trouve en présence d'une immense variété de facultés dont l'altération diffère en nature, en intensité et de plus se produit aux différentes phases chronologiques du développement psycho-cérébral individuel.

En somme, on peut distinguer deux groupes cliniques : dans l'un c'est la vie intellectuelle qui présente des défectuosités graves (idiotie intellectuelle) et domine par cette particularité tout le tableau clinique, tandis que dans l'autre groupe cette défectuosité qui ne manque pas complètement est de beaucoup dépassée par l'atrophie des fonctions éthiques (idiotie morale). Dans ces deux groupes il y a ensuite des diversités de degré (idiotie et imbécillité intellectuelle ou morale) ainsi que différentes formes cliniques (formes actives ou éréthiques et passives, voire torpides). Au point de vue clinique il faut considérer comme légers les cas d'idiotie morale, car seules les fonctions intellectuelles les plus élevées sont gravement atteintes tandis que les processus de la pensée, la faculté de conclure et de juger (raison) sont à peu près épargnés. Mais l'individu est privé de ce qu'on appelle en général l'intelligence, c'est-à-dire qu'il ne peut pas acquérir ni utiliser les principes fondamentaux et les vues d'ordre moral supérieur et par suite rationnels comme leitmotives d'un effort tendant à un but comme condition fondamentale de la formation du caractère avec la compréhension claire

de la valeur, de l'importance et des devoirs de l'existence individuelle dans la société.

Cette forme d'insuffisance psychique, beaucoup plus bénigne en elle-même, prend au point de vue pratique et social un caractère beaucoup plus grave, car la défectuosité morale suppose un manque d'indépendance intellectuelle allant jusqu'à l'incapacité d'acquérir une position sociale et de s'y maintenir.

Au point de vue anatomique aussi les cas d'idiotie morale apparaissent comme plus bénins, car les troubles cérébraux qui en sont la cause ne doivent pas être nécessairement macroscopiques ; ils ont rarement une importance tératologique et n'arrêtent jamais le développement de la vie psychique, mais ils ne font que l'atrophier ou bien encore ils lui donnent une tournure perverse (comme transition aux dégénérescences psychiques).

CHAPITRE PREMIER

IDIOTIE INTELLECTUELLE

Sous cette désignation générale nous pouvons comprendre tous les états de débilité intellectuelle congénitaux ou qui se sont produits d'une façon primaire à la période du développement de l'organe psychique. Ces insuffisances psychiques représentent cliniquement une série continue de formes qui de la nullité intellectuelle vont jusqu'aux états d'imbécillité qui se rapprochent du degré de la pleine santé mentale.

Comme sous-division de l'idiotie il faut noter des états de débilité intellectuelle congénitale dans lesquels, probablement par suite d'influences particulières, la dégénérescence physique suit une marche parallèle dans son intensité et dans son extension avec le trouble psychique. Ces états sont appelés crétinisme. Ils constituent donc un genre particulier d'idiotie. Comme variété étiologique particulière, nous devons noter le crétinisme alpin.

Les causes de l'idiotie peuvent s'être fait sentir :

1° Pendant la vie fœtale;

2° A la naissance;

3° Dans les années qui suivent la naissance jusqu'à la puberté.

1. — Parmi les causes qui ont agi au moment de la procréation ou pendant la vie utérine on doit citer tout d'abord certains facteurs qui siègent dans le germe de la procréation et qui amènent la déformation du cerveau ou du crâne. Ces difformités consistent dans une synostose anormale et prématurée des sutures craniennes dont la conséquence est une entrave du développement cérébral, ou bien dans des arrêts de développement autonomes de cet organe ou de certaines de ses parties importantes pour l'accomplissement des phénomènes psychiques.

Les facteurs importants dans l'origine de l'idiotie et qui proviennent des procréateurs sont, d'après les constatations de la statistique : l'épilepsie, les maladies cérébrales, notamment les psychoses, les mariages consanguins, l'ivrognerie. D'après les expériences de Rüer et de Flemming, il peut arriver que des parents sans aucune tare procréent des idiots, quand le coït générateur a eu lieu en état d'ivresse.

Commes influences moins nettement établies on peut admettre : l'épui-

sement intellectuel des procréateurs, l'inanition, les degrés avancés d'anémie, les émotions de la mère pendant la grossesse, les ébranlements du corps maternel, notamment les traumatismes de l'abdomen. La syphilis peut aussi avoir une influence; c'est du moins ce que nous apprend le cas rapporté par Guislain (*Leçons orales*, II, p. 93) : un homme, pendant une cure mercurielle contre la syphilis, procréa un enfant idiot dès son enfance, tandis que tous les enfants procréés avant et après par le même individu étaient bien portants et normaux intellectuellement.

Malgré ces influences nuisibles résidant dans le germe, il se peut que les maladies cérébrales qui en résultent et qui mènent à l'idiotie ne se développent qu'après la naissance, avant la troisième ou la septième année.

En dehors de ces influences nuisibles qui atteignent la vie fœtale, il faut encore citer les influences telluriques qui en grande partie sont la cause du crétinisme endémique et alpin. L'influence pernicieuse de certaines régions telluriques est encore contestée. Les principales régions où ce mal est endémique sont les grandes chaînes de montagnes de notre planète avec leurs ramifications : tels sont en Europe les Alpes, en Asie l'Himalaya, en Amérique les Cordillères. Ces influences agissent déjà pendant la vie fœtale et non pas seulement après la naissance, cela est prouvé par l'observation que le crétinisme se transmet aux descendants; même dans les cas où l'enfant a été procréé et élevé loin de la région endémique, le mal est légué bien que sous une forme déjà atténuée à la descendance pendant plusieurs générations jusqu'à ce que, par un éloignement assez prolongé de la région endémique et par le croisement avec des familles saines, les dernières traces du crétinisme disparaissent graduellement.

Le croisement de la race seul ne fait pas disparaître le crétinisme; pour arriver à ce résultat il est absolument nécessaire que la famille s'éloigne de la région endémique. Cela est corroboré par le fait que des individus tout à fait sains qui immigrent dans une région endémique peuvent procréer des crétins. D'ailleurs un couple de crétins au plus haut degré ne donne pas de descendants, car les hommes sont presque toujours impuissants et les femmes ordinairement stériles.

Quand le crétinisme existe à l'état endémique il est sûrement l'expression de facteurs dégénératifs dont les traces se manifestent aussi dans la population non crétine par une plus courte durée moyenne de la vie, par une plus petite capacité au travail intellectuel et physique, par la décroissance de la fécondité, par l'augmentation du pourcentage des difformités, des maladies nerveuses et mentales (Zillner).

2. — Lors de la naissance, les traumatismes peuvent agir sur le cerveau de l'enfant et mener à l'idiotisme : tels par exemple les lésions dues à un bassin trop étroit, les accouchements au forceps, la chute sur la tête en sortant des parties génitales de la femme dans le cas d'accouchement précipité [1].

[1] Mitchell, *Med. Times and Gaz.*, 26 juillet 1862. — Ramsbotham, *Ibid.*, 19 juillet.

3. — Dans l'immense majorité des cas cependant, les influences que nous avons mentionnées ne se font sentir qu'après la naissance, dans l'enfance. Elles sont très variées.

Ici encore il faut citer les lésions de la tête. Ainsi Mitchell (*Edimb. med. Journal*, avril 1866, p. 932) a trouvé que chez 2 p. 100 de tous les idiots de l'Écosse, la maladie a dû être attribuée à des causes extérieures parmi lesquelles les lésions de la tête tenaient le premier rang.

Köstl aussi (*Endem. cretinismus*, 1855, p. 95) rapporte 48 cas d'idiotie chez des enfants dont la maladie a dû être exclusivement attribuée à une chute sur la tête.

Sans doute il y a aussi les miasmes qui se forment dans les demeures des prolétaires des grandes villes par suite du manque de lumière et de soleil, par suite de la malpropreté, du trop grand nombre de personnes entassés dans un même logement, et ces miasmes peuvent sporadiquement produire l'idiotie et le crénitisme. Comme autres causes on peut citer les hyperhémies du cerveau qui se produisent par enveloppement de la tête, par le sommeil auprès d'un poêle chaud, par l'abus des opiacés et de l'eau-de-vie comme moyens hypnotiques (Griesinger).

Viennent ensuite s'y ajouter : le manque de soins, la malpropreté de l'enfant qu'on ne nettoie pas, une alimentation insuffisante, les épuisements de l'organisme de l'enfant par des influences de toutes sortes, enfin les maladies aiguës graves, notamment les exanthèmes aigus qui amènent des complications cérébrales, ensuite l'épilepsie et la masturbation pratiquée de trop bonne heure. Chez les individus affligés d'une tare héréditaire, une maladie cérébrale qui se déclare sans aucune cause extérieure (hyperhémie, œdème inflammatoire?) peut encore à l'époque de la puberté arrêter le développement du cerveau et causer une régression dans le développement psychique. Il reste alors un état durable d'imbécillité et même d'idiotie.

Quant aux processus pathologico-anatomiques de l'idiotie, on peut dire en général qu'ils ont rarement une marche aiguë, mais dans la plupart des cas une marche chronique, et qu'ils consistent en troubles congestifs, inflammatoires ou en troubles de nutrition du cerveau, en méningites et souvent aussi en inflammations du crâne.

Un état uniforme des organes centraux n'existe pas dans ces états, pas même dans le crétinisme alpin; mais en général on peut formuler comme thèse que les causes du crétinisme consistent primo loco en anomalies du crâne.

Macroscopiquement nous trouvons comme causes de l'idiotie : atrophie générale ou partielle du cerveau d'origine hyperhémique, inflammatoire, foyers de ramollissement du cerveau, extravasats méningés, hydropisie de l'arachnoïde, hydrocéphalus interne. Ces hyperhémies sont souvent dues à des agents caloriques (coucher près d'un poêle chaud, chambre très chaude, étouffante, enveloppement trop chaud de la tête, insolation) ou à des obstacles dans la respiration et la circulation dans les maladies des organes de la respiration et de la circulation (coqueluche); les extravasats

méningés se produisent pendant l'accouchement ou bien ils sont des complications de maladies aiguës.

Les anomalies des os du crâne consistent dans la plupart des cas en synostoses précoces.

L'examen microscopique des cerveaux d'idiots a jusqu'ici établi : une atrophie des ganglions de la couche corticale avec trouble de la masse intermédiaire des ganglions; gêne de la circulation de la couche corticale par oblitération des petits troncs vasculaires capillaires qui entrent directement dans les veines.

Si nous examinons de plus près ces divers processus macroscopiques et microscopiques, nous trouvons tout d'abord comme entraves au développement cérébral ou comme résidus des maladies précédentes :

1° Exiguïté anormale de tout le cerveau dans toutes ses dimensions. Ici il s'agit d'un simple arrêt de croissance, d'un cerveau en miniature qui d'ailleurs est bien proportionné dans toutes ses parties, mais qui parfois peut être inégalement développé dans certaines parties.

On trouve aussi des cas où avec un volume convenable il existe une grande pauvreté de circonvolutions corticales. La cause de cet arrêt de croissance du cerveau in toto peut souvent être ramenée à une ossification primaire et prématurée du crâne; mais on rencontre aussi des cas où les sutures restent ouvertes et où la cause de l'arrêt de croissance siége dans le cerveau lui-même. Dans ces cas, le crâne est souvent épaissi à un degré anormal ou bien il y a hydrocephalus ou encore sclérose du cerveau.

En général le développement du cerveau et celui du crâne ne sont qu'en relation secondaire et le cerveau ainsi que le crâne se développent le plus souvent indépendamment l'un de l'autre.

2° Des cerveaux avec atrophie partielle. L'atrophie peut ici atteindre les lobes antérieurs, les lobes postérieurs, mais il peut s'agir aussi d'un retard dans le développement de l'un des hémisphères cérébraux par suite d'une synostose semilatérale du cerveau, d'un développement incomplet originaire ou de phénomènes encéphalitiques et apoplectiques. Les autres lésions qu'on constate sont : l'atrophie de la moelle allongée, la grandeur inégale et l'asymétrie des régions basilaires. Parfois l'atrophie atteint aussi la moelle épinière. Alors il se peut que le canal médullaire reste ouvert.

2° La porencéphalie[1], c'est-à-dire les cas où une grande partie des circonvolutions et du centre semi-ovale manquent, de sorte qu'on peut voir librement le ventricule à travers la lacune. Cette dernière est alors remplie de sérosité abondante renfermée dans une poche ou dans un réseau des méninges intérieures. Parfois le crâne aussi est bombé et vésiculeux en cet endroit. Ce processus semble provenir non pas d'un arrêt de développement mais d'une maladie destructive (généralement fatale). Dans ces cas il y a ordinairement paralysie et contracture du côté opposé.

[1] Heschl, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1859. — Kundrat, *Die Porencephalie*, Gratz, 1882.

4° Absence de certaines parties du cerveau, telles que le cervelet [1], la glande pinéale, la trabécule [2].

5° Une lésion qu'on constate très fréquemment, c'est l'hydrocéphalie congénitale ou acquise dans les premières années de l'enfance, notamment avec fontanelles ouvertes et macrocéphalie. Elle est dans la plupart des cas primaire, parfois secondaire et in vacuo par suite de l'atrophie de certaines parties du cerveau.

6° Des processus encéphalitiques, localisés ou diffus, surtout avec sclérose du cerveau consécutive et avec atrophie des régions atteintes.

Ces processus se rencontrent déjà dans la vie fœtale et après la naissance jusqu'à la cinquième année. Alors l'idiotie est habituellement accompagnée de parésie semilatérale, de contracture, souvent aussi d'épilepsie (Griesinger).

Dans les cas fréquents où l'enfant, après s'être bien développé, a été atteint de fièvre à l'époque de la dentition, a déliré, s'est remis, mais est devenu idiot, il faut surtout admettre comme causes :

a). Des processus congestifs et même inflammatoires des méninges qui laissent facilement comme résidu une hydrocéphalie [3];

b). De l'encéphalite qui, après l'évolution du stade aigu, accompagné de gonflement cérébral, a arrêté le développement des régions atteintes.

L'existence de ces derniers processus doit être admise surtout quand une moitié du corps est retardée dans sa croissance, quand des spasmes, des paralysies, des contractures hémilatérales se produisent (Griesinger).

7° Les cas sont rares où le cerveau est atrophié in toto (Virchow, Baillarger, Robin).

8° Plus rarement on trouve comme unique anomalie une abondance surprenante de substance grise avec un développement même hétérotopique de cette dernière [4] à des endroits qui à l'état normal n'en ont pas, par exemple dépôt médullaire sur les hémisphères.

Les anomalies qui atteignent le crâne sont ou secondaires, ainsi qu'on les a indiquées jusqu'ici, ou primaires.

Les premières sont occasionnées par un arrêt de développement du cerveau dans sa totalité ou dans certaines parties.

Les sutures du crâne se ferment alors avec une précocité anormale et s'ossifient, ce qui produit des atrophies du crâne générales ou partielles.

Les anomalies primaires du crâne qui nous intéressent surtout ici concernent la calotte cranienne, ou la base du crâne, ou bien toutes les deux. Elles sont basées sur un arrêt de la croissance des os par suite de troubles inflammatoires de la nutrition au niveau des sutures (Virchow, Welker) avec la synostose prématurée qui en résulte, ou sur insuffisance de nutrition des os craniens par oblitération précoce de leurs vaisseaux (Gudden).

[1] Hitzig, *Ziemssens Handb.*, XI, p. 476.

[2] Sander, *Arch. f. Psych.*, I, p. 128.

[3] V. Huguenin, *Ziemssens Handb.*, XI, p. 424.

[4] Hitzig, *Ziemssens Handb.*, XI, p. 759. — Virchow. — Simon. — Meschede.

L. Meyer rend (*Archiv. für Psych.*, V, p. 1) avec raison les processus rachitiques responsables d'une partie de ces anomalies craniennes. C'est à ces processus que sont dues dans la suite les scléroses les plus variées et les difformités du crâne avec ou sans synostose des sutures, selon la nature du phénomène étiologique (dolicho-lepto-sphéno-klino-brachy ou oxycéphalie).

Si l'arrêt de développement du crâne est général et égal dans tous les sens, il se produit une simple microcéphalie dans laquelle le crâne reste bien proportionné. Mais si elle n'atteint que la calotte cranienne et non la base du crâne, alors une forme toute particulière de la tête et du corps et de la vie intellectuelle se développe : le type dit Aztèque. Ce sont des microcéphales qui, tout en restant petits, ont des formes bien proportionnées et parfois même élégantes. La racine du nez est dans la plupart des cas très haute, de sorte que le front fait une transition directe avec le nez (Griesinger).

Gratiolet a examiné quelques cas où il existait un tout petit crâne avec des os très épais et des synostoses à la voûte cranienne; par contre la base du crâne était très peu ossifiée, les os basilaires étaient presque entièrement cartilagineux, le rocher et l'ethmoïde dépassaient leur grandeur normale, l'espace qui logeait le cervelet était très étendu dans tous les sens. Par suite, le cervelet, la moelle allongée et la moelle épinière étaient très développés, de même les organes de sens et leurs nerfs, tandis que la surface du cerveau présentait parfois moins de circonvolutions que celles du cerveau de l'orang-outang.

Aussi la vie intellectuelle répondait à ce développement énorme des régions cérébrales qui servent plutôt aux transmissions motrices avec atrophie des centres psychiques causée par l'agrandissement compensateur de la base du crâne. Ce sont des êtres très vifs qui se meuvent avec la facilité de l'oiseau et dont les mouvements sont bien coordonnés. Ils sont d'une humeur gaie, faciles à émouvoir, curieux, mais très capricieux, presque entièrement privés de la faculté d'attention et d'un esprit faible bien que quelques-uns d'entre eux sachent parler correctement.

Griesinger les compare à des oiseaux, et en effet certains d'entre eux rappellent la physionomie de l'oiseau par leur tête étroite, basse ou courte, leur nez pointu à racine très élevée et leurs yeux mobiles.

Tout à fait à l'opposé de ces cas on rencontre la synostose basilaire produite par une ossification primaire prématurée des symphyses de la base du crâne, forme qui est de préférence mais non exclusivement particulière au crétinisme endémique et alpin. Ainsi qu'on le sait, il y a trois disques cartilagineux dans la vie fœtale, à savoir : entre les os cunéiformes antérieurs et postérieurs et entre l'os cunéiforme et l'os basilaire. Les deux premiers sont assez insignifiants et s'ossifient normalement peu après la naissance. Le cartilage qui existe entre l'os cunéiforme et l'os basilaire ne s'ossifie qu'à l'âge de quinze ans et chez certains individus même à l'âge de vingt ans, de sorte que la base du crâne a au moins quinze ans pour s'accroître. Si cette ossification se fait trop tôt, elle produit une

forme qui ordinairement n'est normale que jusqu'à la moitié de la période de la vie fœtale et qui produit le crâne crétineux extérieur, c'est-à-dire une flexion plus forte de la base du crâne vers le haut, un angle de jonction plus petit entre l'os cunéiforme et l'os basilaire (cyphose sphénoïdale), un clivus plus prononcé.

Il en résulte une physionomie très caractéristique et diamétralement opposée au type d'aztèque, c'est-à-dire un nez retroussé avec racine très enfoncée et très large, des yeux très éloignés l'un de l'autre, des orbites larges, mais peu profondes, des os zygomatiques et des mâchoires avancées (prognatisme).

Une autre conséquence est que le rachis est aplati, que les grandes ailes du sphénoïde restent étroites et par ce fait la fosse cranienne moyenne est rétrécie aussi, ce qui devient une entrave pour le développement du cerveau antérieur et moyen (Griesinger).

La synostose tribasilaire est donc le point de départ anatomique de cette forme spéciale de crétinisme, notamment pour le crétinisme alpin ; cependant ce n'est pas l'unique difformité cranienne qui puisse occasionner le crétinisme alpin ; toutes les autres formes possibles peuvent amener le même résultat.

Avec ces obstacles vont de pair d'autres anomalies du squelette ainsi que des dégénérescences d'autres parties du corps.

Parfois on trouve une taille de nain, causée, à ce qu'il paraît, par une ossification trop prématurée des cartilages épiphysaires.

La tête est d'ordinaire plus grande que ne le comporteraient les proportions du corps en général ; les traits de la figure sont vieillots ; la tête est posée sur un torse petit, moyenne, souvent enfantine; en même temps on voit des lèvres épaisses, des paupières ridées, un nez retroussé, large et enfoncé profondément à sa base ; le corps est boursouflé et ridé par suite de l'hypertrophie de la peau et du tissu graisseux. Ordinairement il existe aussi une dégénérescence goitreuse de la glande thyroïde.

La vie psychique a alors, contrairement à celle du type aztèque, un caractère apathique, torpide ; les opérations intellectuelles peuvent être réduites à zéro ; le langage peut manquer absolument.

L'étude clinique des idiots et des crétins doit tout d'abord tenir compte des troubles des fonctions essentielles et importantes du domaine psychique. Il est difficile de faire une classification d'après le degré de l'infirmité intellectuelle de ces états si variables avec les individus.

En somme, on peut distinguer des idiots complets et des demi-idiots (imbéciles) et de même des crétins complets et des demi-crétins. On pourrait essayer d'établir une subdivision en prenant comme signe distinctif l'état du langage, critérium le plus important du développement intellectuel. Ainsi Krauss distingue[1] :

1° Comme degré le plus prononcé de l'idiotie, l'état insensé où le lan-

[1] *Der Cretin. vor Gericht*, 1853. — V. Kussmaul, *Störungen der Sprache*, p. 220. — Meyer, *Arch. f. Psych.*, V, p. 4.

gage fait complètement défaut ou est réduit au bégaiement de quelques sons inarticulés.

2° L'idiotie : le langage est peu développé. le vocabulaire très restreint et limité uniquement aux mots de la sphère des besoins matériels les plus primitifs.

4° Hébétude : le langage n'est plus fragmentaire, il s'élève déjà à la construction d'une phrase simple, mais reste au point de vue quantitatif et qualitatif enfantin et borné aux conceptions sensorielles.

5° L'imbécillité : le langage devient plus riche et se rapproche de celui de l'homme normal; mais il est pauvre et plein de lacunes aussitôt qu'il s'agit des notions métaphysiques.

Pour notre étude clinique, il suffit parfaitement de distinguer deux degrés : celui de l'idiotie où la formation des conceptions abstraites (notions et jugements) manque totalement et par suite les mots qui y correspondent ; celui de l'imbécillité où cette capacité existe dans une mesure restreinte, mais où elle n'atteint jamais à la hauteur et à l'ampleur qu'on rencontre chez la moyenne des hommes normaux.

Symptômes psychiques.— Les opérations intellectuelles manquent presque complètement dans les formes les plus prononcées de l'idiotie. La perception des impressions sensorielles se limite aux objets qui servent à satisfaire les besoins de l'alimentation ; ce n'est que le besoin matériel de la faim qui décide ces organisations inférieures à un mouvement instinctif privé de tout but conscient. L'instinct génital est absent ou n'est que rudimentaire. La satisfaction de l'instinct de la nutrition est le centre de tous les faits psychiques. Au lieu d'un effort conscient et qui se rattache à un but conçu, il n'y a qu'une impulsion motrice qui ne se manifeste que par suite d'une stimulation venue du dehors ou par suite d'un très puissant besoin matériel, et que tout au plus le dressage, l'exercice et l'habitude rendent capable de travaux mécaniques.

L'idiot reste dans un repos paresseux puisque les mobiles de mouvement lui manquent.

Au plus bas degré de cet état est l'idiotie apathique ; il ne se forme aucune conception sensorielle, le côté moteur de la vie se borne à de purs mouvements réflexes et à des actes automatiques auxquels s'ajoutent tout au plus une certaine impulsion motrice et l'instinct de nutrition. Mais dans la satisfaction instinctive de ce besoin, l'idiot n'est pas même capable, comme l'animal, de choisir sa nourriture. Il porte sans choix à sa bouche tous les objets qui lui tombent sous la main.

Ces organisations inférieures sont absolument comme l'enfant nouveau-né incapables de s'aider en quoi que ce soit. Elles mourraient simplement de faim, si elles n'étaient pas l'objet de soins.

L'absence des stimulants donne aussi à l'idiot d'un niveau plus élevé un cachet caractéristique dans tout son maintien qui est flasque et sans énergie ; ce maintien est en partie causé par le fait que ses muscles extenseurs sont moins innervés que chez l'homme normal. Même sans qu'il y ait des paralysies ou des insuffisances musculaires, la démarche et le

maintien ont pour cette raison quelque chose de lourd, de maladroit, d'instable et d'incertain. Quelque différents que soient les degrés de l'idiotie, la limite qui la sépare de l'imbécillité consiste toujours dans le fait que ses conceptions remplies de lacunes ne peuvent pas se détacher de l'élément sensitif ni être utilisées pour la formation de conceptions abstraites compréhensibles, ni pour la formation des jugements et des notions.

La reproduction des images mentales que l'individu s'est formées d'une manière quelconque, est incomplète et n'a lieu que par suite d'une stimulation extérieure ou d'un besoin matériel qui se fait sentir. Toutes les conceptions se déroulent dans ce cas d'une manière machinale, telle qu'elle a été formée originairement. L'idiot parfait est incapable de tout mouvement émotionnel; il est privé de compassion, de sentiments sociaux; il n'éprouve pas même le besoin de vivre en société; il bénéficie seulement des bienfaits de la vie sociale sans en avoir aucune compréhension éthique. Dans un seul cas, la réaction devient possible quand son moi éprouve un besoin et subit un préjudice. Alors il réagit par de violentes explosions de colère qui peuvent devenir très puissantes et se manifestent avec une brutalité qui dépasse de beaucoup le but. Ces explosions ont tout à fait l'aspect de paroxysmes de fureur, dans lesquels la conscience disparaît et dont l'individu ne se souvient plus après l'accès. Parfois des explosions de rage et de fureur spontanées et même périodiques se produisent sous l'influence des hyperhémies fluxionnaires du cerveau, notamment quand les dimensions du crâne sont réduites.

Les insuffisances de l'activité psychique se manifestent aussi chez les imbéciles.

Déjà l'activité sensorielle présente des défectuosités, car chez l'imbécile la perception des impressions des sens est plus lente et beaucoup de perceptions sensitives lui échappent. Il en résulte fatalement que le nombre des images mentales est moins grand puisque les images perçues par les sens ne sont pas utilisées complètement comme chez l'homme normal, l'association et la reproduction s'accomplissant avec plus de paresse et plus de lacunes.

La formation des notions et des jugements abstraits en souffre et le jugement dans les choses abstraites ne vise qu'un côté, n'est pas clair et est fortement influencé par l'autorité d'un tiers. L'imbécile est crédule, il est facilement dupe; il n'a pas d'opinion personnelle, mais s'appuie sur celle des autres. L'essence intime, les rapports subtils des choses lui échappent et il est incapable, quand même il aurait saisi le côté juste d'une chose, de la désigner par le terme propre.

Son vocabulaire est toujours pauvre aussitôt qu'il s'agit des choses abstraites, tandis qu'il sait s'exprimer suffisamment quand il s'agit de la sphère matérielle qui lui est adéquate.

La tendance innée chez l'homme normal à rechercher la raison et l'essence des choses et de leurs changements manque complètement à l'imbécile; il accepte les choses telles qu'elles sont ou bien il montre tout au plus une sorte de curiosité stupide.

L'intérêt intellectuel supérieur, l'effort vers un but lui sont étrangers. Toute son existence est absorbée par la satisfaction des besoins matériels ordinaires de la vie; il n'a pas le temps et encore moins l'envie de s'occuper des choses abstraites qui l'ennuient et qui lui coûtent une fatigue dépassant ses moyens ordinaires. La même insuffisance se montre aussi dans le domaine éthique. L'imbécile est fatalement égoïste, exagère souvent la valeur de sa personne et de ses travaux et par là il provoque les railleries des autres, devient la cible de leurs plaisanteries, comme cela arrive si souvent dans la société.

Le bien ou le mal de son prochain ne le touchent pas; seuls les préjudices qu'on lui cause produisent des émotions tumultueuses qui alors dépassent facilement la limite normale.

Ses émotions joyeuses passent à l'état d'une gaieté folle, ses émotions dépressives en s'accentuant engendrent la rage ou la confusion qui succède facilement à l'émotion de la peur et dégénère en terreur.

L'imbécile peut être un membre utile à la société, car il fait bien un travail appris et habituel et s'en acquitte même très bien si ce travail est purement machinal, parce qu'il y met toute son attention et que rien ne peut l'en détourner. Mais ce travail il le fait machinalement, sans être capable de le modifier ni de combiner ou de produire quelque chose de nouveau. Il n'a pas d'idées à lui, pas d'idées nouvelles; il vit du mince bagage de connaissances et d'expériences qu'il s'est acquises au prix de beaucoup de peine.

Pour cette raison fatalement il n'a pas l'activité, la spontanéité, les efforts méthodiques et visant un but de l'homme normal ; un léger obstacle suffit pour le jeter dans la perplexité, car il ne peut pas le surmonter, et, ne pouvant penser par lui-même, il suffit souvent de lui déconseiller une chose pour faire échouer les efforts de sa volonté, comme d'autre part l'autorité d'un tiers peut facilement l'amener à faire tout son possible et même des actes insensés.

Les jugements et les notions esthétiques et morales supérieures existent à peine chez lui. A leur place, il y a les jugements moraux des autres qu'il s'est simplement appropriés de mémoire et qu'il reproduit automatiquement. Presque toutes les notions esthétiques, religieuses et judiciaires ne sont que des efforts de mémoire et des réminiscences de l'école qui, de plus, ne se présentent, le cas donné, qu'avec des lacunes et des retards.

Toutefois, le sentiment de justice et de devoir peut être assez bien développé, mais jamais il n'a la base profonde des sentiments et des opinions éthiques enracinés solidement dans le caractère, comme c'est le cas chez l'homme normal. C'est toujours un mouvement à demi conscient et l'inspiration d'une conscience qui utilise les jugements moraux des autres. Voilà pourquoi le repentir d'un acte illégal que l'imbécile peut par hasard commettre n'est jamais que superficiel.

Un phénomène intéressant chez une certaine catégorie d'idiots, ce sont les facultés isolées, instinctives, comparables à l'instinct de certains animaux, pour certains travaux ou efforts artistiques, dons qui étonnent d'au-

tant plus que le reste de la vie intellectuelle n'en est que plus inférieur. Ces capacités se rencontrent surtout sous forme d'un talent remarquable pour la mécanique, le dessin, la musique. A côté de cette adresse artistique isolée, on voit encore des cas où il existe une mémoire étonnante pour les mots ou pour les chiffres.

Jamais ces dons isolés ne se rencontrent dans l'idiotie accidentelle, mais uniquement dans l'idiotie produite par des causes héréditaires dégénératives.

Symptômes somatiques. — A ces troubles des fonctions psychiques s'ajoutent, dans un grand nombre de cas, d'autres troubles fonctionnels dus aux lésions des organes centraux.

Dans le domaine des organes supérieurs, on trouve souvent de l'amblyopie, causée par l'atrophie du nerf optique ou la rétinite pigmentaire, ensuite de la dureté de l'ouïe, une olfaction incomplète (dans certains de ces cas on a trouvé le bulbe olfactif atrophié) et le goût incomplet. La sensibilité de la peau aussi est souvent émoussée au point de devenir anesthésique.

Souvent on rencontre du strabisme, causé quelquefois par un spasme, plus souvent par une paralysie des muscles oculaires ; pour les muscles du langage, il y a souvent bégaiement.

Des troubles moteurs très variés et provoqués par une cause centrale se rencontrent dans les extrémités ; ainsi :

a). Des spasmes, tantôt partiels et limités aux orteils, au bras ou à la jambe ; tantôt généraux et ayant les allures de la chorée. On rencontre aussi de l'athétose dans ces cas.

Les spasmes épileptiformes sont fréquents. Ils peuvent avoir deux significations. Ou bien ce sont des symptômes rattachés à l'infirmité psychique et produits par la même cause anatomique ou bien l'épilepsie est la maladie primaire qui a amené l'idiotie.

b). Comme contractures on trouve : pied bot spasmodique, tête déviée, etc. Des phénomènes de paralysie spinale spasmodique ne sont pas rares non plus et peuvent, dans la plupart des cas, être ramenés à la poliencéphalite (porencéphalie).

c). Les états paralytiques sont fréquents.

Beaucoup d'idiots inférieurs ne peuvent ni se tenir debout, ni marcher ; chez d'autres il y a difficulté à maintenir l'équilibre pendant qu'ils marchent. Souvent on trouve aussi des résidus de polimyélite antérieure sous forme de paralysie flasque avec atrophie musculaire, avec réflexes éteints et disparition de l'excitabilité électrique. La paralysie spasmodique due à l'hydrocéphalie est plus rare.

d). A citer enfin les mouvements automatiques et obsédants qui se rencontrent encore, ainsi que les troubles à allures de chorée qui, selon Schüle, devraient être considérés comme l'expression de phénomènes d'excitation directe des centres psychomoteurs incomplètement développés.

Les fonctions sexuelles chez les idiots présentent aussi de profondes altérations. Elles manquent complètement chez les idiots inférieurs ; les par-

ties génitales sont souvent petites et atrophiées, les règles se produisent tard ou pas du tout. Il y a impuissance et respectivement stérilité. Chez les idiots moyens aussi les instincts sexuels sont très faiblement développés. Parfois on observe leur manifestation sous forme de rut. Chez les idiots plus élevés, on rencontre l'onanisme.

La taille de nain, la langue épaisse, charnue, les lèvres en bourrelets, les mauvaises dents se cariant vite, signes qu'on rencontre ordinairement dans la forme endémique, peuvent être rattachés à des anomalies trophiques d'origine centrale.

Sur la base des arrêts de développement psychique les psychoses les plus différentes peuvent se produire. Chez les idiots, je n'ai observé que de la folie furieuse, en conformité avec le niveau intellectuel très abaissé qu'ils présentent. Chez les imbéciles, j'ai trouvé les différentes psychoses, telles qu'on les rencontre chez les individus bien développés, sauf l'aliénation avec conceptions délirantes. La démence paralytique aussi est rare dans cette catégorie. Les mélancolies, notamment les psychoses terrifiantes, sont fréquentes. Des causes insignifiantes, par exemple la mort d'un animal domestique, une réprimande sévère, etc., peuvent les provoquer.

La conscience mélancolique est objectivée avec une fréquence particulière dans le sens des idées délirantes à caractère religieux ou démonomaniaque ; la panphobie, notamment lors de l'entrée à l'hôpital ou à l'asile, est un fait tout à fait ordinaire. Les mélancoliques imbéciles se rassurent difficilement, supportent mal l'isolement qu'il faut pour ce motif autant que possible éviter. Etant donné leur très mince bagage intellectuel, les psychoses avec délire systématique (mélancolie, paranoïa) n'offrent, au point de vue clinique, qu'une matière très pauvre ; de plus, les imbéciles n'ont pas l'élocution assez développée pour pouvoir exprimer d'une manière satisfaisante leur état de conscience. Les psychoses des imbéciles se résolvent plus lentement et plus difficilement que celles des individus bien développés. La conscience paraît se ressaisir plus difficilement aussi bien dans ses conditions organiques que physiologiques, et le traitement psychique trouve un champ d'action non moins étendu. Toutefois le pronostic est ici plus difficile. Dans les cas où une résolution de la maladie se produit, la nostalgie qui apparaît avec la convalescence force souvent de relâcher prématurément le malade, comme le moindre des deux maux.

Marche et pronostic. — Quant à la marche, on ne peut rien dire en général, étant donnée la grande variété des processus anatomiques qui sont la base de l'idiotie.

Souvent les processus sont antérieurs à la naissance ou datent des premiers temps de l'existence, ne progressent pas, et laissent derrière eux une idiotie stationnaire.

Quand l'idiotie se développe à la suite de l'épilepsie ou de l'hydrocéphalie, elle a souvent une marche progressive et les accès épileptiques isolés ou les résidus des hyperhémies inflammatoires constituent les degrés par lesquels la vie intellectuelle est amenée à sa ruine complète.

La maladie cérébrale causale mène rarement par elle-même à la mort, qui ne se produit que par suite des complications consécutives de l'hydrocéphalie, des hyperhémies aiguës, de l'atrophie cérébrale, de la méningite, etc.; mais, en général, les idiots n'atteignent pas un âge avancé, car chez eux le cerveau est un locus minoris resistentiæ et en général leur force de résistance physique est beaucoup plus faible que celle des individus qui ne sont pas atteints de cette infirmité.

Le crétinisme endémique permet encore d'atteindre un âge assez avancé, mais il est très rare néanmoins de trouver des crétins arrivant à soixante ans. Parfois une amélioration durable de la maladie a lieu. Il s'agit probablement de cas légers, causés par l'anémie, par l'épuisement dû au surmenage intellectuel et physique ou à la masturbation.

Thérapeutique. — La guérison de l'idiotie est a priori inadmissible, car il s'agit ordinairement de maladies du cerveau ayant évolué et contre lesquelles la thérapeutique arrive trop tard. Il ne peut être question d'un essai de guérison que dans les cas très rares où la maladie est due à une syphilis constitutionnelle ou à l'épilepsie, quand elle est l'expression d'un épuisement fonctionnel ou lorsque des troubles cérébraux manifestes l'ont fait reconnaître dès le début. Alors les moyens hygiéniques et médicamenteux peuvent avoir un rôle. Les essais faits pour améliorer avec les iodures l'idiotie hydrocéphalique n'ont donné aucun résultat.

Bien entendu, dans les soins qu'on donne aux enfants, il faut tenir compte, dans l'intérêt de la prophylaxie, de toutes les causes énumérées dans l'étiologie. La prophylaxie pourrait réaliser les plus belles espérances quand on se trouve en présence du crétinisme endémique. Outre l'éloignement du lieu de l'endémie, déplacement qui, dans tous les cas, protège la descendance, mais qu'on peut rarement mettre à exécution, il s'agit essentiellement de supprimer, par l'amélioration des conditions telluriques, atmosphériques et hygiéniques, les causes de cette dégénérescence générale. En effet, les efforts faits pour améliorer l'instruction populaire, habituer le peuple à une plus grande propreté, pour dessécher les marécages, etc., ont donné sous ce rapport des succès considérables[1].

Pour les cas d'idiotie constatée, il s'agira ordinairement de former et de dresser méthodiquement et pédagogiquement les pauvres éléments de la vie intellectuelle pour obtenir une existence psychique et sociale passable et rendre par là un grand service à la société, à la famille et à l'individu lui-même. Cette mission difficile appartient aux établissements d'idiots qui répondent d'une façon méritoire à ce besoin public.

[1] Nous ne rappelons que les expériences faites par Tourdes à Strasbourg où, après la régularisation du Rhin et le desséchement des marécages de la contrée, le nombre des crétins, autrefois si grand, est tombé à un chiffre très minime.

CHAPITRE II

IDIOTIE MORALE[1]

(FOLIE MORALE, MORAL INSANITY)

Il y a des individus qui, bien qu'ils aient été élevés au milieu d'un peuple très civilisé et qu'ils aient eu facilement l'occasion de bénéficier des bienfaits de la civilisation et de l'éducation, ne sont pourtant pas arrivés, ainsi que l'homme normal civilisé, à acquérir des conceptions éthiques (y compris les principes religieux et esthétiques) à s'en servir pour se former des notions et des jugements moraux et à les utiliser comme motifs et contre-motifs dans leurs actions.

Un cerveau qui est privé de cette faculté intégrante chez les hommes civilisés au niveau du développement moderne, est un cerveau inférieur ab origine dans sa constitution, défectueux. Cette opinion est puissamment appuyée par le fait que tous les efforts d'éducation, déployés par l'école et la famille, pas plus que la triste expérience acquise plus tard dans la vie par un individu organisé de cette façon, ne sont capables d'exercer la moindre influence salutaire sur sa conduite et ses sentiments éthiques.

C'est que la cause est de nature organique et qu'il faut, pour ces états de défectuosité congénitaux, la chercher habituellement dans l'hérédité parmi et surtout dans l'aliénation, l'ivrognerie et l'épilepsie de l'ascendance.

En face de ces cas congénitaux d'idiotie morale, cas analogues à l'idiotie intellectuelle, on observe des états semblables chez des individus qui auparavant jouissaient complètement de leurs sens au point de vue éthique et chez lesquels par conséquent la défectuosité est acquise.

La défectuosité est alors occasionnée par des causes graves ou par des

[1] Grohmann, *Nasse's Zeitschr.*, 1819, p. 162. — Prichard, *Treatise on insanity*, 1842. — Morel, *Traité des dégénérescences*, 1857. — Le même, *Traité des mal. ment.*, p. 401, 540. — Solbrig, *Verbrechen und Wahnsinn*, Munich, 1867. — V. Krafft, *Friedreichs Blätter*, 1871 (avec littérature complète). — Le même, *Verbrechen und Wahnsinn*, *Allg. deutsche Strafrechtsztg.*, 1872. — Stolz, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 33, fasc. 5 et 6. — Livi, *Rivista speriment.*, 1876, fasc. 5 à 6. — Tamassia, *Ibid.*, 1877, p. 550. — Gauster, *Wien. med. Klinik*, IIIe année, n° 4.

processus de dégénérescence du cerveau, soit par les phénomènes prodromiques, soit par les phénomènes accessoires de ces influences ou de ces processus.

Les conditions étiologiques de la défectuosité morale acquise sont les altérations anatomiques et fonctionnelles du cerveau telles que les produisent les lésions graves de la tête, les apoplexies, l'involution sénile du cerveau, la démence paralytique, l'ivrognerie, les névroses constitutionnelles graves (épilepsie, hystérie).

La folie morale atteint le noyau le plus central de l'individualité, ses rapports émotifs, éthiques et moraux. Comme elle laisse presque intacte la marche et la forme des conceptions, la formation des jugements intellectuels sur l'utile et le préjudiciable, elle rend possible la critique et les conclusions logiques, fait qui masque pour les profanes le défaut de tous les jugements moraux et de tous les sentiments éthiques et qui fait paraître l'aliéné cliniquement sinon éthiquement comme un homme immoral et même criminel.

Ainsi que le démontre Stoltz (*op. cit.*), Régiomontanus a déjà en 1531 exprimé l'idée qu'il y a des hommes méchants et immoraux qui ne tiennent pas leur méchanceté d'eux-mêmes, que pourtant les juges livrent au gibet. Ce que l'observateur des sciences naturelles du XVIe siècle avait attribué à l'influence des astres (naître dans le signe de Vénus), notre époque cherche à l'expliquer par les conditions anormales de l'organisation individuelle.

En Allemagne, Grohmann (1819) est problablement le premier qui ait admis une dégénérescence éthique de cause organique et il l'a désignée sous le nom d'insanité morale congénitale ou idiotie morale. Une première tentative de description clinique et de délimitation de la maladie a été faite par Prichard (1892). C'est Morel qui a donné la signification étiologique de cet état morbide comme état dégénératif généralement héréditaire. Les recherches cliniques de Brierre, Falret, Solbrig et autres ont complété nos connaissances sur la folie morale.

En essayant d'esquisser en quelques traits les signes cliniques de cet état de défectuosité particulier, nous noterons comme un phénomène frappant et qui donne à la maladie son caractère général, une insensibilité morale plus ou moins grande, une absence de jugements moraux et de notions éthiques à la place desquels règnent les jugements de l'utile et du nuisible formulés par des opérations de logique pure. Sans doute les prescriptions des lois de la morale peuvent être apprises par cœur et reproduites mnémoniquement, mais si jamais elles pénètrent dans la conscience, elles ne sont pas annotées par des sentiments et encore moins par des émotions; elles restent comme des conceptions pétrifiées, mortes, un poids inutile pour la conscience de l'individu défectueux qui n'en sait tirer ni des motifs ni des contre-motifs pour ses actes.

Avec cette « dyschromatopsie morale », cette « aliénation des sentiments altruistes » (Schüle) la civilisation, l'ordre moral et public n'apparaissent que comme une barrière gênante pour les sentiments et les

efforts égoïstes, ce qui amène fatalement à la négation et même à la violation des droits d'autrui.

Sans intérêt pour tout ce qui est noble et beau, apathiques pour tous les mouvements du cœur, ces misérables déshérités paraissent étranges par leur absence d'amour filial et d'affection pour leurs parents, par l'absence de tous les instincts sociaux et sociables, par leur froideur de cœur, par leur indifférence pour le sort de leurs plus proches parents, par leur manque d'intérêt pour toutes les questions de la vie sociale. Naturellement ils ne sont point sensibles à l'appréciation morale ni au blâme d'autrui; ils n'ont aucune émotion de scrupule ou de repentir. Ils ne comprennent pas les convenances; la loi n'a pour eux que la signification d'une ordonnance de police et le crime le plus grave leur paraît, à leur point de vue particulier et inférieur, comme apparaît à l'homme en pleine possession de son sens moral, une simple infraction à un arrêt de police. S'ils entrent en conflit avec un individu ou avec la société, leur simple froideur de cœur et leur négation font alors place à la haine, à l'envie, à la rancune et, étant donné leur idiotie morale, leur brutalité et leur absence d'égards ne connaissent plus de limites.

Cette défectuosité éthique chez ces individus à organisation inférieure les rend à la longue incapables de se maintenir dans la société et en fait des candidats pour les maisons de correction, les prisons ou les asiles d'aliénés. Ils n'arrivent dans ces lieux de détention qu'après avoir été, enfants, par leur paresse, leurs habitudes de mensonge et leur vilenie, la terreur de leurs parents et des instituteurs; jeunes gens, par leur penchant au vagabondage, à la dissipation, aux excès, aux vols, la honte des familles, la plaie des communes et des autorités, pour devenir ensuite la croix des maisons d'aliénés et les incorrigibles des prisons.

A côté de cette absence des sentiments éthiques altruistes qui fatalement engendre chez eux l'égoïsme, on trouve comme trouble émotif une grande irritabilité émotive qui, jointe au manque de sens moral, entraîne aux plus grandes brutalités et aux cruautés et favorise même l'explosion des émotions pathologiques.

Sur le terrain intellectuel le malade paraît sain aux yeux de celui qui considère comme décisifs la forme logique des opérations de la pensée, la réflexion, les actes méthodiques. L'absence des idées délirantes et des hallucinations dans le tableau de la maladie a été également relevé par Prichard. Malgré cette absence, ce qui est plus, en dépit même de toute la ruse et de l'énergie déployées quand il s'agit de réaliser leurs efforts immoraux, ces dégénérés sont tout de même des débiles intellectuels, des improductifs, incapables de suivre une véritable carrière, de déployer une activité systématique; ils ont une aptitude défectueuse pour l'instruction. ne voyant les choses que par un côté, bizarres dans leurs idées et d'un jugement très borné. Chez ces êtres atrophiés au point de vue moral, la défectuosité intellectuelle ne manque jamais. Beaucoup d'entre eux sont précisément des imbéciles. Non seulement ils ne comprennent pas le caractère immoral de leurs faits et gestes, mais ils ne sont pas capables

de reconnaître combien leur conduite est positivement absurde et préjudiciable à leurs propres intérêts. Malgré toutes les preuves de ruse instinctive qu'ils donnent, ils étonnent par le fait qu'ils négligent en même temps les règles les plus élémentaires de la prudence en commettant des actes criminels. Ces hommes défectueux ne sont pas seulement irraisonnables, mais ils manquent aussi de sens pratique. Leurs travaux intellectuels les plus élevés sont toujours défectueux, même quand ils possèdent à peu près ce qu'on appelle vulgairement la raison. Ils n'ont pas certaines idées fondamentales et les correctifs, ainsi que la faculté de reconnaître le but et la signification de la vie. Ce fait se manifeste aussi dans les affaires d'argent. Ils connaissent la valeur de l'argent comme monnaie, mais non pas sa valeur et son importance dans les intérêts matériels et sociaux. Ils le gaspillent et le dépensent en friandises comme des enfants. De ces défauts résulte fatalement le manque d'efforts vers un but déterminé.

Sur le terrain des conceptions, il faut relever, outre l'incapacité de se former des conceptions éthiques et de les associer pour en composer des notions et des jugements moraux, le manque d'exactitude dans la reproduction des conceptions.

Du côté des efforts, la défectuosité éthique et intellectuelle se montre dans l'incapacité complète à se conduire et à se contrôler soi-même. En général, ces dégénérés se distinguent par leur mollesse et leur paresse intellectuelle qui n'est vaincue que lorsqu'il s'agit de satisfaire leurs désirs immoraux et criminels. Ils sont des flâneurs nés et des débiles moraux. Le vagabondage, la mendicité et le vol sont leurs occupations favorites ; le travail leur fait horreur.

Déjà l'acte libre est, par suite du manque ou de l'inexcitabilité des conceptions morales, tombé chez eux au niveau des actes arbitraires mais non pas libres moralement, et à leurs yeux atteints de cécité morale les commandements les plus élevés de la loi morale et de la justice ne sont que des prescriptions de police inutiles et incomprises. A cet état de choses s'ajoute encore très fréquemment le fait que des impulsions organiques spontanées et mises directement en mouvement par l'anomalie du cerveau les poussent à des actes soit simplement bizarres, soit immoraux et criminels.

Ils ont encore d'autres stigmates de dégénérescence psychique : le caractère impulsif et assez souvent le retour périodique (vagabondage, vol, excès alcooliques et sexuels). Comme des instincts naturels sont la cause des actes, ces instincts peuvent encore revêtir un cachet de perversité. Tel est le cas notamment pour l'instinct génital dont les perversions se rencontrent habituellement sur la base de la folie morale.

Comme il s'agit ici d'états de dégénérescence individuels, les phénomènes cliniques sont excessivement variés et se dérobent à une différenciation détaillée.

Suivant l'intensité du trouble, on peut distinguer une imbécillité et une idiotie morales, comme dans les états d'imbécillité et d'idiotie intellectuelles.

Au point de vue de la pratique, on peut établir une différence entre l'idiot moral qui est passif, apathique, et celui qui est actif et excitable.

La folie morale est essentiellement une infirmité stationnaire. Les phénomènes de la puberté, les excès alcooliques et sexuels peuvent l'aggraver et réveiller les impulsions perverses.

Ces idiots moraux sont très prédisposés aux psychopathies sous l'influence des causes occasionnelles. Notamment la privation de la liberté suffit pour provoquer intercurremment une véritable aliénation mentale.

A côté des émotions et des états d'alcoolisme pathologiques on constate souvent dans la moral insanity des psychoses périodiques comme complications ; j'ai même rencontré des cas de paranoïa.

La folie morale étant une infirmité congénitale, le pronostic est sans espoir. Mais il faut remarquer que les symptômes de la folie morale de l'enfance ou de la jeunesse peuvent se développer en connexité avec une épilepsie ou un trauma capitis[1] et disparaître du moment que cette cause est supprimée. Le pronostic de ces cas acquis et symptomatiques n'est donc pas absolument mauvais.

Le diagnostic de ces états, très important surtout in foro, a pour mission de ramener les anomalies cliniques à une organisation défectueuse et congénitale du cerveau. Il est indispensable que cette indication soit remplie. La monstruosité d'une existence psychique, la preuve de la défectuosité morale ne suffisent pas. Elles peuvent être aussi bien le résultat d'une mauvaise éducation que d'une organisation défectueuse. Ici les critériums psychologiques généraux ne servent pas à grand'chose. L'examen doit être rigoureusement clinique dans ce cas, et il est utile de laisser tout d'abord de côté le diagnostic spécial et d'établir le diagnostic général de l'existence d'une anomalie cérébrale.

Sont décisifs pour la folie morale :

1° Les parents aliénés, ivrognes, épileptiques ;

2° Les signes de dégénérescence anatomiques et fonctionnels, en tenant particulièrement compte des conditions de la vie sexuelle, la base organique la plus importante pour le développement du sens moral ;

3° Les symptômes qui indiquent un état morbide des fonctions vasomotrices (intolérance pour l'alcool, etc.) et motrices (spécialement les symptômes épileptoïdes si fréquents dans ce cas).

Le diagnostic général d'une maladie cérébrale, une fois basé sur ces critériums, le diagnostic spécial doit faire valoir la précocité anormale de l'atrophie éthique se manifestant à une époque où il ne pouvait nullement être question de l'influence du mauvais exemple et souvent même en dépit des conditions extérieures les plus favorables (efforts positifs d'une bonne éducation). La preuve de l'existence d'une cause organique est

[1] Ainsi Wigand (*On the duality of mind*) cite le cas d'un garçon qu'un instituteur avait frappé avec une règle sur la tête. Il s'ensuivit une transformation complète des sentiments moraux du malade. On le trépana à l'endroit de la lésion et où existait une légère pression cranienne ; on enleva une esquille osseuse qui pressait sur le cerveau et après cette opération l'enfant reprit son ancien caractère.

encore renforcée par le fait que le malade est absolument incorrigible.

La défectuosité morale est encore mise en lumière par la preuve de la débilité intellectuelle, de l'émotivité morbide, de l'inexactitude dans la reproduction des images mentales; enfin, par le caractère impulsif et souvent même périodique des actes, caractère pervers aussi, c'est-à-dire basé sur la perversion des instincts et des sentiments naturels.

En présence de ces états de défectuosité morale, la thérapeutique n'a aucun espoir de produire un effet, à moins qu'il ne s'agisse d'états acquis par l'épilepsie, la masturbation, les trauma capitis. Ces « sauvages » de la civilisation ont besoin d'être gardés dans un asile d'aliénés afin de les protéger eux-mêmes en même temps que la société. Dans les cas d'idiotie morale à forme passive et torpide, un dressage psychique appliqué pendant des années dans les établissements peut élever ces hommes défectueux parfois à une indépendance relative dans la conduite de la vie et leur donner la faculté de gagner leur existence en dehors de l'établissement.

Observation CIV. *Folie morale.* — F..., trente-cinq ans, non mariée, servante, est née d'un père excentrique et agité. La mère est inconnue. Un frère est affligé d'une aliénation mentale périodique, un second frère est un original.

La malade est venue au monde faible; enfant, elle était maladive, tressaillait de tout son corps aux émotions. Elle était mal douée, indocile, méchante, entêtée, très irritable, difficile à vivre, gourmande, inconstante, ne persévérant dans aucun travail, grossière, sans cœur, ne songeant qu'à la satisfaction de ses caprices. Elle a été réglée à l'âge de dix-sept ans sans aucun malaise. A l'âge de dix-neuf ans, après la mort de ses parents, elle fut obligée de chercher une place comme domestique. Elle ne restait longtemps nulle part; ordinairement on la remerciait après un court laps de temps, car elle était paresseuse, menteuse, acharnée après les hommes et très adonnée à la prostitution. Toutes les tentatives de son honorable famille pour la ramener dans une bonne voie restèrent infructueuses. Elle dépensait en friandises et en amusements l'argent et les vêtements que ses frères et ses sœurs lui faisaient parvenir; elle en faisait autant avec ce qu'elle gagnait soit en travaillant soit par la prostitution. Les sentiments de respect pour elle-même et de dévouement pour ses excellentes sœurs, lui étaient absolument étrangers. Ce n'est que quand elle n'avait plus rien qu'elle allait trouver ses frères et sœurs pour les mettre à contribution. Par suite de sa conduite dissolue elle avait souvent des affaires avec la police, car elle offensait les mœurs publiques et ne se souciait nullement des règlements de police. Elle ne trouvait rien de choquant dans sa conduite déshonorante.

Quand finalement elle ne trouva plus de maison où se placer, elle fut recueillie par ses sœurs. Bientôt elle se rendait impossible dans cette famille honorable à cause de sa malpropreté sans bornes, de sa négligence, de sa paresse, de ses mauvaises mœurs, de sa brutalité, de son gaspillage insensé. Elle se promenait en vêtements déchirés, sans être débarbouillée, jetait sans faire attention des allumettes enflammées sur le plancher, ne se gênait pas pour se mettre le soir devant la porte et raccoler des hommes. Finalement les membres de sa famille reconnurent qu'il y avait là une organisation malheureuse et ils se sont éloignés d'elle.

F... traina alors dans les bordels borgnes et de bas étage, dans les guinguettes et dans les refuges des gens sans domicile, jusqu'à ce qu'un jour elle fût ramassée

par la police. Elle entra alors dans un emportement de colère pathologique, se démena, se mit à rager, de sorte qu'il fallut l'amener à l'hôpital pour la soumettre à l'observation des aliénistes.

Là elle posa pour l'innocence outragée, se révolta contre le règlement de la maison; elle cherchait à exciter à la révolte les autres malades, était, par suite de sa grande irritabilité, constamment en proie à des émotions furieuses qui avaient toujours pour sujet son affaire avec la police. Cette dernière lui est hostile, ne fait que lui chercher chicane alors qu'elle ne fait aucun mal à personne. Elle ne se rendait nullement compte de ses défectuosités morales, d'où impossibilité de se conduire elle-même dans la vie. Toutes les contrariétés qu'elle avait dû subir par suite de son genre de vie étaient pour elle le fait de la méchanceté des autres.

La malade est de taille moyenne, d'une laideur répugnante, avec des traits grossiers et sensuels. La dégradation morale, la vilenie, la frivolité sont pour ainsi dire empreintes sur son front qui est étroit, plat; la racine du nez est enfoncée profondément, les os du nez sont larges, plats. Contracture mimique des muscles du coin gauche de la bouche.

La malade est lourde dans ses mouvements, traîne les savates en marchant, ne prenant pas la peine de lever convenablement les pieds. Pour un rien elle se met à se quereller avec son entourage, entre ensuite dans des émotions furieuses qui par leur intensité et leur durée dépassent de beaucoup la mesure physiologique. L'exactitude de reproduction est chez elle défectueuse, la version qu'elle donne des faits passés est inexacte même quand elle n'a aucun intérêt à présenter les choses sous un meilleur jour. Elle est intraitable, grossière jusqu'à la brutalité, fainéante; elle cherche à détourner les autres du travail, se démène en dérangeant tout, en vociférant et en guettant les hommes; elle réclame sa mise en liberté, mais elle ne sait pas comment elle vivra quand elle sera dehors. Elle a été envoyée dans un hospice d'aliénés.

Observation CV. *Folie morale avec symptômes épileptoïdes après trauma capitis.* — L..., vingt-trois ans, célibataire, journalier, d'une famille sans tare, s'était normalement développé jusqu'à l'âge de trois ans. A cette époque il tomba de la hauteur d'un étage, reçut une violente commotion cérébrale sans aucune lésion extérieure. A partir de ce moment son caractère devint grincheux, irritable, et à des intervalles de plusieurs semaines ou de plusieurs mois il avait des accès de délire hallucinatoire qui étaient précédés par un violent mal de tête et qui duraient plusieurs heures. Le sujet du délire était terrifiant; le malade se débattait désespérément contre des fantômes. Il se réveillait ensuite comme d'un profond sommeil et ignorait ce qui s'était passé.

Par intervalles il souffrait souvent de mal de tête; il avait aussi des accès de vertige, mais jamais d'accès classiques d'épilepsie. Il ne faisait aucun progrès à l'école; il était paresseux, menteur, méchant, sans cœur, irritable, entêté. A partir de la treizième année les accès de vertige et de délire disparaissaient. Le malade montra une irritabilité croissante, se livra à une vie dissolue, ne pouvant se tenir nulle part; il devenait apprenti maçon, mousse, journalier, ne s'accordait avec personne et fut à plusieurs reprises condamné pour rixes et bagarres. Dans ses emportements il était tout à fait pathologique, perdait les sens, et se lançait le couteau à la main contre les gens de son entourage. En 1870, il entra au régiment pour faire son service militaire. Il s'y montra intraitable, indiscipliné, s'attira punition sur punition, et un jour qu'un supérieur lui faisait des observations, il entra en rage, mordit la main de son supérieur et menaça de le poignarder. On l'envoya à l'hôpital et de là à la maison de correction; il fut ensuite repris par sa famille, mais

dès le lendemain de son retour il se prit de querelle avec son père, lui lança un vase de nuit, menaça de le poignarder ainsi que son frère et mordit à la main son père qui voulait le calmer. Une enquête judiciaire fut ouverte contre lui; on le déclara irresponsable et on le transporta à l'asile d'aliénés (1871). Là il se montra paresseux, intraitable, excessivement porté à la colère, privé de tout sens moral, incapable de se diriger lui-même. Il jetait partout la zizanie, ne se pliait à aucun règlement et quand il fallait lui appliquer l'isolement et les autres mesures disciplinaires, il réagissait par des emportements furieux dans lesquels il rageait, démolissait, menaçait de tuer; une fois il mit le feu à son lit. A plusieurs reprises sa famille le reprit, mais, aussitôt rendu aux siens, il se livrait de nouveau au vagabondage, au vol, à la mendicité, faisait des excès alcooliques, et, comme il supportait mal les spiritueux, il était toujours ramené par la police à l'asile à cause de ses émotions pathologiques d'ivresse et de colère, de ses menaces dangereuses, etc. Il disait lui-même qu'il vaudrait mieux pour lui ne plus être de ce monde, car il ne peut pas se retenir et aussitôt qu'il boit c'en est fait de lui. Le 1er avril 1875 il s'évada avec beaucoup d'adresse, traîna ensuite, vagabondant et volant; mais quelques semaines après il fut de nouveau arrêté. Après avoir purgé sa peine, il se livra de nouveau aux excès alcooliques qui le ramenèrent à l'asile d'aliénés de son département. En route il fit de concert avec un autre malade une tentative pour assassiner le gardien qui l'escortait.

Le malade ne présente pas de signes de dégénérescence, mais ses traits sont brutaux, grossiers, sensuels; les deux moitiés du visage ont une innervation inégale. Pendant la longue période d'observation à l'asile on n'a trouvé, sauf une émotivité s'accentuant périodiquement et des accès de violents maux de tête, aucun phénomène indiquant la névrose épileptique ancienne. Malgré toute sa ruse et sa méchanceté, il paraissait défectueux intellectuellement, bien que son imbécillité fût peu prononcée.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

PRÉFACE V

LIVRE PREMIER

INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA PSYCHIATRIE

PREMIÈRE PARTIE

LE TERRAIN D'EXPLORATION ET LES SCIENCES AUXILIAIRES

CHAPITRE PREMIER. — Nature et caractère des maladies psychiques. 3
CHAPITRE II. — Les organes des fonctions psychiques. Notions préliminaires d'anatomie. 4
CHAPITRE III. — Notions préliminaires de physiologie 19
CHAPITRE IV. — Notions préliminaires de psychologie 19
CHAPITRE V. — Place particulière des affections psychiques dans le domaine des affections cérébrales. 25
CHAPITRE VI. — Importance de l'étude de la psychiatrie 30
CHAPITRE VII. — Difficultés et points de vue généraux pour l'étude de la psychiatrie. 33
CHAPITRE VIII. — Etats analogues de la folie. 37

DEUXIÈME PARTIE

COUP D'ŒIL RÉTROSPECTIF SUR L'HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE COMME SCIENCE

CHAPITRE PREMIER. — La psychiatrie dans l'antiquité. 47
CHAPITRE II. — La psychiatrie au moyen âge.. 50
CHAPITRE III. — Transformations de la psychiatrie à partir du XVIIIe siècle. . 53

LIVRE II

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES DE LA FOLIE

PREMIÈRE PARTIE

TROUBLES ÉLÉMENTAIRES DES FONCTIONS CÉRÉBRALES DANS LE DÉLIRE

CHAPITRE PREMIER. — Classification des troubles élémentaires psychiques. ~~56~~ 61
CHAPITRE II. — Troubles élémentaires psychiques. — Anomalies des sentiments (Sensibilité) 63

I. — Troubles essentiels de l'esprit. Etats d'esprit morbides. 63
II. — Troubles dans la production des émotions. 66
A. Anomalies dans le mode de réception des sensations 66
B. Anomalies dans l'intensité de la réaction émotive. 70
C. Anomalies dans le mode d'impression des émotions. 72
CHAPITRE III. — Anomalies dans la sphère représentative de la vie psychique. 74
I. — Troubles dans le processus de formation des représentations . . . 74
A. Troubles dans la vitesse de production des représentations.. . . . 75
B. Troubles dans le mode d'assimilation. 77
C. Troubles dans l'intensité et la durée des représentations. Idées obsédantes. 78
D. Troubles de la perception 83
E. Troubles dans la reproduction des représentations (mémoire) . . . 84
F. Anomalies dans la reproduction des représentations (imagination). 87
II. — Troubles dans la nature des représentations. Idées délirantes. — 88
CHAPITRE IV. — Troubles dans la sphère motrice de la vie psychique (instincts et volonté). 97
I. — Troubles de l'instinct 97
A. — Anomalies de l'instinct de nutrition 97
B. Anomalies de l'instinct sexuel. 99
II. — Actes impulsifs 106
III. — Troubles psycho-moteurs. 107
A. Impulsion motrice chez les fous furieux 107
B. Actes réflexes psychiques chez les mélancoliques et les délirants. . 109
C. Mouvements impulsifs dans les états de faiblesse psychique 110
D. Tétanie. 110
E. Catalepsie. 111
IV. — Troubles de la volonté 112
V. — Troubles du libre arbitre 115
CHAPITRE V. — Troubles de la conscience 116
CHAPITRE VI. — Troubles du langage dans la folie 122
CHAPITRE VII. — Troubles psycho-sensoriels 126
I. — Hallucination 126
II. — Illusion. 134
III. — Délires des sens dans la folie 138
CHAPITRE VIII. — Troubles de la sensibilité 143
I. — Anesthésies 143
II. — Hyperesthésies 145
CHAPITRE IX. — Troubles des fonctions motrices. 149
CHAPITRE X. — Troubles dans le domaine des nerfs vaso-moteurs. 152
CHAPITRE XI. — Troubles dans le domaine des fonctions psychiques. 156
CHAPITRE XII. — Troubles des fonctions sécrétoires 159
CHAPITRE XIII. — Troubles dans le domaine des fonctions vitales 163

DEUXIÈME PARTIE

LES CAUSES DE LA FOLIE 167

CHAPITRE PREMIER. — Causes prédisposantes 170
I. — Causes prédisposantes générales. 170

II. — Causes prédisposantes individuelles 192
CHAPITRE II. — Causes occasionnelles ou adjuvantes 201
I. — Causes psychiques 201
II. — Causes physiques 203

TROISIÈME PARTIE

MARCHE, DURÉE ET PRONOSTIC DES AFFECTIONS PSYCHIQUES

CHAPITRE PREMIER. — Marche et durée de la folie 245
I. — Folie chronique et subaiguë 245
A. Aliénation mentale chronique et subaiguë comme accès isolé . . . 245
B. Folie chronique avec retour périodique des accès 251
II. — Folie transitoire 252
A. Manie transitoire 254
B. Etats d'angoisse transitoires 256
C. Emotions pathologiques 258
D. Etats de réaction alcoolique pathologiques 260
CHAPITRE II. — Mortalité, maladies intercurrentes importantes 263
CHAPITRE III. — Pronostic de l'aliénation mentale 269
I. — Pronostic de la conservation de la vie 269
II. — Pronostic de la guérison 270
III. — Pronostic des récidives 277
IV. — Pronostic de l'hérédité 277

QUATRIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL

CHAPITRE PREMIER. — Diagnostic de la maladie 281
CHAPITRE II. — Diagnostic de la guérison 290
Annexe. Schéma pour examiner l'état mental 292

CINQUIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

CHAPITRE PREMIER. — Points de vue généraux 299
CHAPITRE II. — Prophylaxie de la folie 302
CHAPITRE III. — Traitement de l'aliénation mentale au début 305
CHAPITRE IV. — L'asile 308
CHAPITRE V. — Traitement de la folie à sa période d'état 311
I. — Thérapeutique somatique. Remèdes physiques et chimiques 311
A. Moyens pour empêcher l'afflux du sang au cerveau 312
1. En diminuant la quantité du sang. Saignées 312
2. En diminuant l'activité du cœur 313
3. Par dilatation des voies vasculaires périphériques 313
4. Par resserrement des voies vasculaires du cerveau 313
B. Moyens pour aider l'afflux du sang au cerveau 314
1. En augmentant l'activité du cœur 314
2. Par dilatation des voies vasculaires 314
3. En facilitant l'afflux du sang au cerveau 314

C. Procédés pour calmer et abaisser l'agitation et l'irritabilité accentuées . . . 315
1. Calmants généraux . . . 315
2. Narcotiques . . . 315
3. Calmants physiques et diététiques . . . 320
α. Bains . . . 320
β. Hypnotiques . . . 321
γ. Antiaphrodisiaques . . . 324
D. Toniques . . . 324
E. Diététique somatique . . . 325
F. Traitement des symptômes isolés importants . . . 327
II. — Traitement psychique . . . 329
Traitement par la suggestion hypnotique . . . 233
CHAPITRE VI. — Traitement pendant la convalescence . . . 335

LIVRE III

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALES DE LA FOLIE

INTRODUCTION. — Classification des psychoses. Formes de la folie . . . 339

PREMIÈRE PARTIE

PSYCHONÉVROSES

CHAPITRE PREMIER. — Mélancolie . . . 349
I. — Mélancolie simple . . . 354
A. Mélancolie sine delirio . . . 356
B. Mélancolie avec angoisse précordiale . . . 359
C. Mélancolie avec idées délirantes et hallucinations . . . 361
1. Mélancolie religieuse . . . 367
2. Mélancolie hypocondriaque . . . 371
II. — Mélancolie avec stupeur ou attonita ou stupide . . . 372
CHAPITRE II. Manie . . . 381
I. — Exaltation maniaque . . . 382
II. — Folie furieuse . . . 387
CHAPITRE III. — Stupidité avec démence primaire curable . . . 400
I. — Stupidité résultant de l'épuisement de l'organe psychique . . . 401
II. — Stupidité par choc psychique . . . 406
III. — Stupidité par choc mécanique . . . 408
CHAPITRE IV. — Folie hallucinatoire . . . 411
CHAPITRE V. — Folie secondaire et idiotie terminale . . . 423
I. — Folie secondaire . . . 424
II. — Idiotie terminale . . . 427
A. Imbécillité agitante . . . 428
B. Idiotie apathique . . . 430

DEUXIÈME PARTIE

DÉGÉNÉRESCENCES PSYCHIQUES

CHAPITRE PREMIER. — Aperçu clinique général . . . 433
CHAPITRE II. — Folie constitutionnelle émotive (folie raisonnante) . . . 439

CHAPITRE III. — Paranoïa 444
I. — Paranoïa originaire 452
II. — Paranoïa tardive (acquise). 457
A. Paranoïa persecutoria 457
1. Forme typique de la paranoïa acquise 457
Subdivisions : Paranoïa sexualis et ses types cliniques 467
2. Folie des quérulants et des chicaneurs 471
B. Paranoïa expansive. 476
1. Paranoïa inventoria 476
2. Paranoïa religieuse. 480
3. Paranoïa érotique (érotomanie) 484
CHAPITRE IV. — Folie périodique. 490
I. — Folie périodique d'origine idiopathique 494
A. Manie périodique 494
B. Mélancolie périodique 500
C. Folie périodique 502
D. Folie circulaire 504
E. Folie idiopathique périodique à forme de délire. 513
F. Folie périodique à forme d'instincts morbides 516
II. — Folie périodique d'origine sympathique. 520
Folie menstruelle 520

TROISIÈME PARTIE

ALIÉNATION MENTALE DUE AUX NÉVROSES CONSTITUTIONNELLES. . . 525

CHAPITRE PREMIER.— Aliénation à base neurasthénique. 526
Psychoses à base neurasthénique. 534
A. Psychonévroses à base neurasthénique. 535
1. Folie transitoire.. 535
2. Formes psycho-névrotiques à forme durable. 537
Mélancolie masturbatoire 537
B. Dégénérescences psychiques à base neurasthénique.. 540
1. Trouble mental par suite d'idées obsédantes 540
2. Paranoïa neurasthénique 550
Paranoïa sexuelle masturbatoire. 551
CHAPITRE II. — Folie épileptique. 556
I. — Dégénérescence épileptique psychique 561
II. — Troubles psychiques transitoires 562
1. Stupeur 563
2. Etats crépusculaires 564
α. Etats crépusculaires avec angoisse (petit mal). 564
β. Grand mal 566
γ. Etats crépusculaires avec délire religieux expansif 568
δ. Etats crépusculaires particuliers avec idées romanesques de nature généralement expansive. 569
ε. Etats crépusculaires avec excitation à forme de moria 575
III. — Equivalents prolongés. 576
IV. — Psychoses épileptiques chroniques 580
CHAPITRE III. — Folie hystérique. 584
I. — Etats d'aliénation transitoires. 586
II. — Délires hystériques prolongés. 591
III. — Psychoses hystériques. 594

Chapitre IV. — Folie hypocondriaque 600
Neuro-psychose hypocondriaque. 601
Etats de faiblesse mentale dus à l'hypocondrie 604
Paranoïa hypocondriaque.. 606

QUATRIÈME PARTIE

INTOXICATIONS CHRONIQUES

Chapitre premier. — L'alcoolisme chronique et ses complications. 609
I. — Delirium tremens 617
II. — Ivresse hallucinatoire 625
III. — Psychoses alcooliques. 627
1. Mélancolie alcoolique. 627
2. Mania gravis potatorum 629
3. Vésanie 634
4. Paranoïa alcoolique. 637
5. Paralysie alcoolique.. 638
IV. — Epilepsie alcoolique 640
Chapitre II. — Morphinisme 643

CINQUIÈME PARTIE

AFFECTIONS CÉRÉBRALES AVEC PRÉDOMINANCE DES SYMPTOMES PSYCHIQUES

Chapitre premier. — Délire aigu. 651
Chapitre II. — Démence paralytique 663
Chapitre III. — Syphilis cérébrale.. 699
Chapitre IV. — Démence sénile.. 709

SIXIÈME PARTIE

ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUES

Chapitre premier. — Idiotie intellectuelle. 717
Chapitre II. — Idiotie morale.. 730

TABLE DES OBSERVATIONS NOSOGRAPHIQUES

Observation I. — Idées et impulsions obsédantes après débauches 81

Observation II. — Folie maniaque à l'âge de puberté avec symptômes hébéphréniques. Guérison 181

Observation III. — Psychose dans le typhus (mélancolie stupide à la suite du délire fébrile initial). 214

Observation IV. — Paralysie saturnine progressive 241

Observation V. — Manie transitoire provoquée par des phénomènes caloriques 256

Observation VI. — État d'angoisse transitoire à base neurasthénique 257

Observation VII. — Confusion des idées et ensuite stupeur par suite de terreur. 260

Observation VIII. — État crépusculaire délirant après usage d'alcool 262

Observation IX. — Cas analogue. 262

Observation X. — Mélancolie sine delirio basée sur un catarrhe chronique de l'estomac et sur une neurasthénie 357

Observation XI. — Mélancolie chronique causée par épuisement et avec raptus mélancolique 360

Observation XII. — Mélancolie avec idées délirantes et hallucinations. Autodescription des phénomènes morbides 363

Observation XIII. — Mélancolie agitante. Succès de la thérapeutique par l'opium 365

Observation XIV. — Mélancolie religieuse 368

Observation XV. — Mélancolie démonomaniaque 370

Observation XVI. — Mélancolie syphilophobique chez un syphilitique. . . . 372

Observation XVII. — Mélancolie avec stupeur. Vésanie. 375

Observation XVIII. — Exaltation maniaque dans le puerpérium 386

Observation XIX. — Folie furieuse aiguë coléreuse, débutant par une émotion de colère. 396

Observation XX. — Folie furieuse chronique. Succès de l'hydrothérapie. . . 397

Observation XXI. — Folie furieuse avec nymphomanie passagère. 398

Observation XXII. — Stupidité par suite de causes physiques affaiblissantes. 405

Observation XXIII. — Stupidité par choc psychique. 407

Observation XXIV. — Stupidité par choc mécanique 408

Observation XXV. — Vésanie aiguë avec stupeur épisodique. 418

Observation XXVI. — Vésanie post-fébrile 419

Observation XXVII. — Vésanie aiguë menstruelle 420

Observation XXVIII. — Vésanie hallucinatoire aiguë. 420

Observation XXIX. — Folie furieuse. Terminaison par vésanie secondaire. . 426
Observation XXX. — Folie furieuse après une pneumonie. Terminaison par imbécillité agitante 429
Observation XXXI. — Folie furieuse, terminaison par idiotie apathique. . . 431
Observation XXXII. — Folie raisonnante mélancolique. — Description intéressante par la malade elle-même. 441
Observation XXXIII. — Paranoïa originaire. 454
Observation XXXIV. — Forme typique de la paranoïa acquise. Explosion à la ménopause 463
Observation XXXV. — Paranoïa acquise. — Folie épisodique. 465
Observation XXXVI. — Paranoïa sexuelle 468
Observation XXXVII. — Paranoïa sexuelle (manie de la jalousie) 469
Observation XXXVIII. — Paranoïa sexuelle. (Manie de la jalousie chez un homme.). 470
Observation XXXIX. — Aliénation quérulante, puis délire d'empoisonnement et de persécution. 473
Observation XL. — Paranoïa reformatoria. 478
Observation XLI. — Paranoïa religieuse. 483
Observation XLII. — Paranoïa érotique (homme). 486
Observation XLIII. — Paranoïa érotique (femme) 488
Observation XLIV. — Manie périodique à longue durée et à longs intervalles. 497
Observation XLV. — Manie périodique à courte durée avec accès nombreux et courts intervalles. 498
Observation XLVI. — Mélancolie périodique 501
Observation XLVII. — Folie périodique. 502
Observation XLVIII. — Folie circulaire (mélancolique et maniaque) 507
Observation XLIX. — Folie circulaire avec alternances maniaques et mélancoliques de courte durée. 509
Observation L. — Folie circulaire avec alternance d'états maniaques et de stupeur 511
Observation LI. — Folie périodique idiopathique à forme de délire. 514
Observation LII. — Dipsomanie. 519
Observation LIII. — Manie menstruelle périodique. 523
Observation LIV. — Folie transitoire neurasthénique (état crépusculaire somnambulique avec délire de haute position sociale) 536
Observation LV. — Mélancolie masturbatoire. 538
Observation LVI. — Aliénation mentale par idées obsédantes 547
Observation LVII. — Paranoïa masturbatoire. 552
Observation LVIII. — Paranoïa à base de neurasthénie sexuelle à la ménopause 554
Observation LIX. — Stupeur épileptique. 564
Observation LX. — Etats crépusculaires épileptiques avec angoisse (petit mal). 565
Observation LXI. — Etats crépusculaires délirants postépileptiques 566
Observation LXII. — Etats crépusculaires; délire terrifiant avec fragments de délire religieux 567
Observation LXIII. — Délire épileptique religieux expansif 568
Observation LXIV. — Etats de rêve épileptiques 569

Observation LXV. — Etats crépusculaires avec excitations à allures de moria. 575
Observation LXVI. — Délire postépileptique prolongé. 577
Observation LXVII. — Folie circulaire épileptique 581
Observation LXVIII. — Hystérisme. Etats d'exaltation à forme d'extase avec états d'anxiété délirante. 587
Observation LXIX. — Etats d'exaltation hystérique avec reproduction obsédante et facilitée 588
Observation LXX. — Névralgie traumatique provoquant l'hystérisme, avec accès de crampe hystéro-épileptique à allures de chorée magna et accompagnés de délire hallucinatoire terrifiant 589
Observation LXXI. — Hystérisme après viol. Accès de délire hystéro-épileptique hallucinatoire terrifiant 590
Observation LXXII. — Délire hystérique hallucinatoire prolongé. 592
Observation LXXIII. — Paranoïa originaire à base hystérique. Transformation du délire hystérique 596
Observation LXXIV. — Paranoïa hystérique. 597
Observation LXXV. — Faiblesse mentale par suite d'hypocondrie. 605
Observation LXXVI. — Paranoïa hypocondriaque 607
Observation LXXVII. — Alcoolisme chronique avec symptômes très prononcés de dégénérescence morale et psychique (Inhumanitas et ferocitas ebriosa). Blessure faite à l'épouse par le mari en état d'ivresse et d'émotion. 616
Observation LXXVIII. — Delirium tremens. Traitement par la morphine et le chloral. 624
Observation LXXIX. — Delirium tremens passant à l'état de delirium acutum 624
Observation LXXX. — Ivresse hallucinatoire 626
Observation LXXXI. — Mélancolie alcoolique 628
Observation LXXXII. — Mania gravis potatorum 632
Observation LXXXIII. — Mania gravis potatorum. 633
Observation LXXXIV. — Délire alcoolique de persécution 635
Observation LXXXV. — Paranoïa alcoolique 637
Observation LXXXVI. — Paralysie alcoolique, guérison 639
Observation LXXXVII. — Paralysie alcoolique, mort. 639
Observation LXXXVIII. — Epilepsie alcoolique. Delirium tremens et épileptique combinés. 641
Observation LXXXIX. — Morphinisme. 647
Observation XC. — Morphinisme 648
Observation XCI. — Delirium acutum. 659
Observation XCII. — Delirium acutum. Traitement par l'ergotine, guérison . 660
Observation XCIII. — Paralysie aiguë 690
Observation XCIV. — Paralysie classique, marche subaiguë 691
Observation XCV. — Forme ordinaire de la paralysie. Nombreux accès épileptiformes qui précipitent le dénouement fatal 693
Observation XCVI. — Forme hypocondriaque de la paralysie. 694
Observation XCVII. — Démence paralytique primaire progressive après surmenage intellectuel 696
Observation XCVIII. — Démence paralytique chez une femme par abus du tabac 697

Observation XCIX. — Syphilis cérébrale à forme de démence paralytique . 704
Observation C. — Démence progressive avec troubles moteurs d'origine syphilitique 707
Observation CI. — Mélancolie sénile, terminaison par la démence sénile. . . 711
Observation CII. — Démence sénile, manie intercurrente 712
Observation CIII. — Démence sénile. Délire de persécution. 713
Observation CIV. — Folie morale 735
Observation CV. — Folie morale avec symptômes épileptoïdes après trauma capitis. 736

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

Aboulie, 113.
Absence du sentiment de la satiété, 97.
Abstinence sexuelle, 229.
Abus de l'opium, 237.
Accouchements fréquents, 230.
Acétonémie, 244.
Acide cyanhydrique, 318.
Actes émotifs, 23.
— impulsifs, 23, 106.
— réflexes psychiques chez les mélancoliques et les délirants, 109.
Activité cardiaque, abaissement dans un but thérapeutique, 313.
— — augmentation dans un but thérapeutique, 314.
Affections chirurgicales chez les aliénés, 265.
Afflux du sang au cerveau, moyens pour le stimuler, 314.
— — moyens pour l'empêcher, 312.
Age et aliénation, 177.
— — enfance, 177.
— — puberté, 178.
— — apogée du développement, 184.
— — climacterium, 184.
— — vieillesse, 186.
Age et pronostic des psychoses, 274.
Agitation musculaire, 146.
Agoraphobie (Westphal), 80.
Agraphie, 124.
Albuminurie, 160.
Alcool, consommation moderne, 172.
— intoxication aiguë, 42.
— réaction pathologique, 260.
Alcoolisme chronique, 609.
— — complications, 617.
— — delirium tremens, 617.
— — délire de la jalousie, 610.
— — épilepsie potatorum, 640.
— — symptômes fondamentaux psychiques, 610.
— — hallucinations, 612.
— — manie grave potatorum, 620.
— — mélancolie potatorum, 627.
— — troubles moteurs, 613.
— — paralysie, 638.
— — paranoïa, 637.
Alcoolisme, pronostic, 615.
— — troubles de la vue, 612.
— — senium précoce, 615.
— — troubles sensitifs, 614
— — troubles sensoriels, 612.
— — puissance sexuelle, 614.
— — thérapeutique, 615.
— — illusions ébrieuses, 625.
— — vésanie (délire de persécution, délire des grandeurs), 634.
Alexie, 124.
Allégorisation des sensations, 90.
Aliénation, mode d'origine. (V. *Causes*).
Aliénation chronique, marche totale, 245.
— — durée, 245.
— — terminaisons, 263.
Aliénation chronique et subaiguë, 245.
— par suite d'accouchement, 231.
— par insolation, 206.
— pronostic, 276.
— par les narcotiques, 237.
— par méningite, 203.
— pronostic, 273.
Amaurose, 144.
Amblyopie, 144.
Ame, essence, 4.
— organe, 5.
Aménomanie, 65.
Amnésie, 85, 118.
— partielle, 85.
Amylène (hydrate), 323.
Analgésie, 144.
Analogies de l'aliénation, 37.
Anamnèse des psychoses, 292.
Anatomie pathologique, 25, 339.
Androgynie, 104.
Anémie, 179, 220.
— cause des psychoses, 220.
— pronostic, 273.
— chez les aliénés, 264.
Anénergie, 113.
Anesthésie esthétique, 70.
— psychique, 67.
Anesthésie de la peau et des muscles, 144.
— des sensations générales, 144.
— des organes sensitifs, 145.
Anesthésie sexuelle, 100.
Angoisse, 71.
— précordiale, etc., 153.

Angoisse, signification psychique, 153.
— — chez les mélancoliques, 259, 317.
— — Traitement, 328.
Anorexie, 98.
Anosmie, 144.
Antiaphrodisiaques, 324.
Anxietas tibiarum, 146.
Apathie intellectuelle, 217.
Aphasie, 125.
Apoplexie cérébrale, 204.
Artistes, 189.
Asiles d'aliénés, soins des aliénés, 308.
Assimilation et digestion dans l'aliénation mentale, 164.
Association d'idées, 17.
— voies d'association, 17.
— troubles, 92, 114.
Atavisme, 193.
Athérome des artères cérébrales, 204.
Atropine (psychoses dues à l'), 237.
Attention, 117.
— absence, 136, 146.
Auto-mutilations, 144, 359.
Avortement, 233.
Azotite d'amyle, emploi thérapeutique, 314.

B

Bains tièdes, 320.
— prolongés, 320.
Basedow, maladie de, 210.
Belladone (troubles psychiques par la), 237.
— valeur thérapeutique, 318.
— comme antiaphrodisiaque, 324.
— contre l'hyperesthésie de la muqueuse rectale, 326.
Boissons et aliénation, 172.
Boulimie, 97.
Brome, préparations, 318.
— comme narcotique, 318.
Bromisme, 243.

C

Catarrhe intestinal chez les aliénés, 265.
Cachexie strumiprive, 244.
Calmants narcotiques, 315.
— physiques et diététiques, 320.
Caloriques, influence, 206.
Camisole de force, 326.
Camphre, 314, 321, 324.
— monobromé, 319.
Cannabis indica, 237, 324.
Captivité et aliénation, 190.
Caractère, 24.
— changement chez les aliénés, 288.
— pathologique, 194.
Catalepsie, 111.
Causes de l'aliénation mentale, 167.
— somatiques de l'aliénation, 203.
— psychiques de l'aliénation, 201.
— prédisposantes de l'aliénation, 192.
— accidentelles, accessoires de l'aliénation, 201.
Chaleur spécifique du corps, ses anomalies, 163.
Changements d'humeur fréquents, 65.
Chloral, contre-indications, 322.
— comme hypnotique, 322.
— dans l'angoisse précordiale, 329.
— abus, 239.
Chlorose, 179, 220.
Chorée minor, 209.
Choc, 208.
Cécité de mots, 124.
— psychique, 14.
Célibat et mariage, 177.
— et aliénation, 176.
Cerveau (cellules ganglionnaires du), comme substance de la vie intellectuelle, 11.
— anatomie, histologie, 6.
— segmentations, 6.
— organe de l'activité psychique, 5.
— régions corticales motrices, 12.
— centre de perception, 14.
— altérations pathologiques dans l'aliénation, 25.
— troubles des fonctions élémentaires dans l'aliénation, 74.
— poids, 5.
— voies vasculaires, 8.
— — dilatation dans un but thérapeutique, 314.
— — rétrécissement dans un but thérapeutique, 313.
Ciguë, 237, 320.
Civilisation et aliénation, 171.
Classification des psychoses, 339.
— — au point de vue anatomique, 339.
— — au point de vue étiologique, 340.
— — au point de vue clinico-fonctionnel, 343.
Climats et aliénation, 174.
Cocaïne, 237.
Codéine, 318.
Compassion, 21, 69.
Confession et aliénation, 176.
Confiance en soi-même morbidement augmentée, 71, 114.
— en soi-même morbidement abaissée, 71, 113.
Confusion, 76, 123.
— signification pronostique, 274.
— générale (démence), 428.
— de personnes, 139.
— pseudoaphasique (Meynert), 77.
Consanguinité comme facteur héréditaire dégénératif, 196.
Conscience de soi-même, 20, 116.
— alternante, 118.
— de la personnalité, 118.
Constipation chez les aliénés, 327.
Constitution névropathique, 198.
Coprophagie, 99.
Corps étrangers chez les aliénés, 265.
Coup de soleil. (V. *Aliénation par insolation.*)
Convalescence de l'aliénation, 165.

Convalescence de l'aliénation, traitement, 335.
Crâne, caries, 206.
— anomalies, 157, 720.
Crétinisme. (V. *Idiotie.*)
Criminels, 191.
— transmission des penchants par hérédité, 194.
Croissance anormalement rapide, 179.
Curabilité des psychoses, 270.

D

Datura stramonium, 237, 320.
Décubitus chez les aliénés, 265.
Dégénérescences psychiques, généralités, 342.
— — coup d'œil général clinique, 433.
— — classification, 342.
— stigmates, 156.
Délire, 38, 88, 212. (v. aussi : *Délire de fièvre, délire d'inanition, délire des sens.*)
— dans les maladies aiguës, 211.
— traumatique, 208.
— aigu, 651.
— — sa définition, 651.
— — lésions anatomiques, 651.
— — étiologie, 652.
— — aspect clinique de la maladie, 653.
— — pathogénie, 654.
— — pronostic, 658.
— — thérapeutique, 658.
— — diagnostic, 657.
— — diagnostic différentiel avec la folie frénétique, 657.
— — diagnostic différentiel avec la méningite de la convexité, 658.
— — terminaison, 656.
— des grandeurs, 92, 275.
— — dans la paranoïa par suite de la transformation du délire des persécutions, 450.
— de couleurs, 92.
— épileptique et manie transitoire, 255.
— fébrile, psychoses fébriles, 212.
— de la jalousie des femmes paranoïques 470.
— de jugement, 137.
— métabolique (Mendel), 92.
— de persécution, 92.
— — thérapeutique, brome, 318.
— — morphine, 316.
— — opium, 315.
— — dans la paranoïa, 451, 458.
— primordial (Griesinger), 92.
— des sens, 138.
— apparition dans les diverses formes de la folie, 138.
Delirium tremens, 617.
— — pathologie et thérapeutique, 620.
— — traitement par l'opium, 621.
Démence primaire aiguë, 400. (V. *Stupidité.*)
— paralytique, démence primaire progressive, 675.
Démence paralytique, 663.
— — synonymie, 663.
— — nature, définition de la maladie, 663.
— — tableau d'ensemble et évolution, 664.
— — stade prodromique, 664.
— — explosion de la maladie proprement dite, 667.
— — stade terminal, 669.
— — accès apoplectiformes, 679.
— — accès épileptiformes, 679.
— — accès de folie furieuse, 672.
— — délire des grandeurs, 673.
— — délire hypocondriaque, 674.
— — délire micromaniaque, 674.
— — diagnostic différentiel, 681.
— — durée de la maladie, 684.
— — états maniaques, 671.
— — états mélancoliques, 672.
— — étiologie, 686.
— — guérisons, 685.
— — instinct sexuel, 680.
— — paralysie galopante, 684.
— — pronostic, 685.
— — rémissions, 675.
— — symptômes psychiques, 671.
— — thérapeutique, 688.
— — troubles de la déglutition, 678.
— — troubles graphologiques, 677.
— — troubles moteurs, 675.
— — troubles de l'élocution, 675.
— — troubles des mouvements des extrémités, 678.
— — troubles des muscles de la face, 678.
— — troubles des muscles vocaux, 676.
— — troubles oculo-moteurs, 677.
— — troubles de la sensibilité, 680.
— — troubles sensoriels, 680.
— troubles trophiques, 680.
— — anomalies de la température, 681.
— — troubles vaso-moteurs, 679.
— sénile, 708.
— nature de la maladie, 708.
— lésions anatomiques, 708.
Démonomanie, délire de persécution démonomaniaque, 92. (V. aussi *Melanc. démonoman.*)
— procès de sorcières, etc., 41.
Dépression morbide, 64.
— hypocondriaque, 65.
Développement psychique, entraves, remarques générales, 346, 717. (V. *Idiotie.*)
Diagnostic général de l'aliénation idiopathique ou sympathique, 289.
— — de la guérison, 290.
— — in foro, 281.
— — au chevet du malade, 281.
— — changement de caractère, 288.
— — idées délirantes, 288.
— — hallucinations, 289.
— — écrits des aliénés, 286.
— — schéma d'examen, 292.
Diagnostic général, principes diagnostiques, 282.
— — examen individuel, 285.

Diététique somatique, 325.
Digestion et assimilation dans la folie, 164.
Digitale, 313.
— comme hypnotique. 323.
Dipsomanie, 99, 517; nature et phénomènes de la maladie, 517.
Disposition congénitale aux psychoses, 194, 198. (V. *Hérédité.*)
Dissimulation, 291.
Distraction, 84.
Domesticité et folie, 188.
Double existence intellectuelle, 118.
Douches, 320.
Dyesthésie psychique, 64.
Dysphasies, 125.
Dysphrasies, 123.
Dysthymie, 147.
Duboisine, 320.
Durée de l'aliénation et pronostic, 245.

E

Ecrits des aliénés, 286. (V. *Agraphie, Paragraphie.*)
Education, 199.
— des enfants tarés, 303.
Effémination, 104.
Embolies graisseuses chez les aliénés, 265.
Emmaillotements d'après le système Priessnitz, 321.
Emotion, 21, 39.
— physiologique, 21.
— pathologique, 39, 66, 258.
— d'attente, 71.
— de colère, 71.
— de surprise, 71.
— anomalies dans l'intensité, 70.
— troubles dans leur production normale, 70.
— comme cause, 201.
— pronostic, 274.
Emotivité psychique, 66.
— accentuée, 129.
— altérations dans les centres sensoriels, 127.
Enfants prodiges, 200.
Epilepsie, 210.
Epouvante, 202.
Epuisement, 76, 213.
Eréthisme du cerveau (Emminghaus), 83.
Ergotine, 314.
Erotomanie. (V. *Paranoïa erotica.*)
Erysipèle de la face chez les aliénés, 265.
— de la tête, psychoses causées par, 216.
Etats d'angoisse transitoires, 256.
— — dans la folie hystérique (transit.), 587.
— crépusculaires psychiques, 119.
— — épileptiques. (V. *Folie épileptique.*)
— — délirants après consommation d'alcool, 261.
— d'esprit. (V. *Etats d'humeur.*)
— — physiologiques et pathologiques, 31, 256.
— moral morbide, 61.
Etat douloureux déprimé, 64.
— — moral gai, 65.
— d'exaltation, 59.
— maniaque, 382.
Etiologie de l'aliénation mentale. (V. *Causes.*)
Examen de l'état mental. (V. *Exploration.*)
— étiologico-pathogénétique des aliénés, 283.
Excandescentia furibunda, 71.
Excès alcooliques, 234.
— sexuels, causes des psychoses, 227.
— — pronostic, 273.
Excitations cutanées, 313.
— sexuelles, anti-aphrodisiaques, 324.
Exploration, schéma pour l'examen psychique, 292.
— personnelle, 285.
Extase, 120.

F

Faiblesse secondaire psychique, 423.
Faim (fringale), 97.
Faradisation générale, 325.
Femmes mariées (aliénation des), 177.
Fer, préparations, 325.
Ferveur religieuse, 101.
Fétichisme, 103.
Fièvre intermittente après les psychoses, 216.
Folie apoplectique, pronostic, 273.
— des chicaneurs, 471.
— circulaire, 504.
— — nature et phénomènes de la maladie, 504.
— — durée du cycle, 505.
— — diagnostic, 506.
— — pronostic, 506.
— — thérapeutique, 506.
— constitutionnelle émotive, 439.
— par empoisonnement, 234.
— dans l'enfance, 177. (V. aussi *Age, Enfants prodiges.*)
— épileptique, limites cliniques de la névrose épileptique, caractère épileptique et troubles élémentaires psychiques des épileptiques, 556.
— épileptique, classification, 560.
— — particularités du caractère, 559.
— — prodromes psychiques, 559.
— — accès nocturnes, 558.
— — symptômes intervallaires, 558.
— — équivalents et critérium des accès épileptiques, 556.
— — symptômes postépileptiques, 560.
— — transitoire, état crépusculaire épileptique, 564.
— — avec angoisse, 564.
— — délire hallucinatoire persécutoire, 566.
— — avec agitation à allures de moria, 575.
— — avec délire religieux expansif, 568.
— — avec idées rêveuses romanesques de nature expansive, 569.
— — transitoire, stupeur, 563.

Folie épileptique, accès transitoires de trouble psychique, 562.
— — équivalents prolongés, 576.
— — chronique, psychoses épileptiques, 580.
— — anatomie pathologique, 582.
— — pronostic, 582.
— — thérapeutique, 583.
— furieuse, 362, 387.
— — anomalies de l'état d'esprit et des conceptions, 388 et 389.
— — aiguë, 391.
— — chronique, 391.
— — coléreuse, 388.
— — débuts, 391.
— — définition, 387.
— — excitation sexuelle, 389.
— — guérison, 392.
— — hallucinations, 389.
— — idées délirantes, 389.
— — impulsion aux mouvements, 389, 391.
— — indications thérapeutiques, 393.
— — marche, 391.
— — origine, 391.
— — pronostic, 393.
— — stade prodromique, 391.
— — stade de transition vers la guérison, 392.
— — symptômes somatiques, 390.
— — terminaison, 392.
— hallucinatoire, 344, 411.
— hystérique, 584.
— — caractère hystérique, troubles psychiques élémentaires, 584.
— — classification, 586.
— — transitoire, états crépusculaire avec reproduction facile et impulsive, 587.
— — transitoire, états à allure de moria, 587.
— — transitoire, états extatiques visionnaires, 587.
— — transitoire, délires hystéro-épileptiques, 587.
— — transitoire, états d'angoisse avec intelligence obnubilée, 586.
— — délires hystériques prolongés, 591.
— — dégénérative, 594.
— par idées obsédantes, 540.
— — origine, 542, 546.
— — substratum des représentations obsédantes, 544.
— — causes générales, 542.
— — mélancolie épisodique, 546.
— — marche, 545.
— — terminaison, 546.
— — répercussion sur l'état d'esprit, 546.
— — différence avec la paranoïa, 541.
— — angoisse, 545.
— — influence sur les actes et sur les sentiments, 545.
— — thérapeutique, 547.
— par intoxication. (V. *Aliénation par empoisonnement.*)
Folie de la lactation, 233,
— pronostic, 273.
Folie menstruelle périodique, 520.
— — mode d'origine, 520.
— — prodromes, 521.
— — éclosion de la maladie, 521.
— — retour typique, 522.
— — cessation spontanée et temporaire, 522.
— — prophylaxie, 522.
— — thérapeutique, 523.
— morale. (V. *Idiotie morale.*)
— pellagreuse, 239.
— périodique, 251, 490.
— — signes diagnostiques, 492.
— — pathogénie, 490.
— — pronostic, 493.
— — idiopathique sous forme de psychonévrose, 494.
— — idiopathique sous forme d'instincts morbides, 516.
— — idiopathique sous forme de délire, 513.
— — d'origine sympathique, 520.
— des quérulants, 471.
— raisonnante, 112, 119, 440.
— sénile, 185.
— — transitoire, 253.
— — à base neurasthénique, 536.
— — dans l'épilepsie, 562.
Fragilité des os chez les aliénés, 265.
Fuite des idées, 76.
Furoncle chez les aliénés, 265.

G

Gangrène des poumons chez les aliénés, 265.
Gavage, 327.
Gaz toxiques, 244.
Génération consanguine, 196.
Génialité, génie, 40, 189.
Gloutonnerie, 97.
Gravidité, 230.
Grincement de dents, 152.
Guérison, diagnostic, 290. (V. aussi *Convalescence.*)
Gynandrie, 104.

H

Hallucinations, mode d'origine, causes fondamentales et accidentelles, etc., 126.
— compatibles avec la santé mentale, 133.
— marche, 127.
— symptômes, 133.
— leur signification nosologico-psychologique, 133.
— leur utilisation dans le diagnostic des psychoses, 133.
— leur portée sociale et historique, 134.
— impératives, 139.
— leur rectification, 132.
— leur apparition épidémique, 131.
— leur apparition dans les diverses formes de l'aliénation, 139.
Hallucinations du goût, 140.
— olfactives, 140.

Hallucinations de l'ouïe, 139.
— de la vue, 148.
— réflexes, 131.
— et rêves, 36 et 40.
— confusion de souvenirs, 131.
— thérapeutique, 329.
— thérapeutique par la morphine, 316.
Haschisch, ivresse par le haschisch, 237.
Hébéphrénie, 180, 181.
Hédonie (Emminghaus), 65.
Hémianesthésie, 143.
Hérédité, arbre généalogique taré, 197.
— de l'aliénation mentale, 193.
des psychoses, 192.
— régénération, 198.
— pronostic, 277.
— transmission du penchant criminel, 194.
— dans ses rapports avec la classification des psychoses, 341.
Hermaphrodisme psycho-sexuel, 104.
Histoire de la psychiatrie, 45.
Hydrophobie, origine psychique, 146.
Hydrothérapie, 313, 314, 320, 325, etc. (V. aussi *Bains, douches, traitement par l'eau froide.*)
Hyoscyamine, 237.
Hyoscine, emploi thérapeutique, 319.
Hypéralgie psychique (Emminghaus), 67.
Hyperboulie (Emminghaus), 114.
Hyperesthésie des centres sensoriels, 129.
— dans le domaine de la perception générale, 146.
— — des sensations cutanées, 145.
— éthique, 67.
— psychique, 66, 73.
— sexuelle, 100.
Hyperhédonie psychique (Emminghaus), 67.
Hypermétamorphose (Neumann), 72.
Hypermnésie, 84.
Hyperorexie, 97.
Hypocondrie, 210, 600.
— pathologie et thérapeutique, 601.
— débilité mentale résultant de l'hypocondrie, 604.
— paranoïa hypocondriaque, 606.
Hypnotiques, 321.
Hystérie, 210.

I

Idées délirantes, 88.
— — utilisation pour le diagnostic, 286.
— — thérapeutique, 322.
— obsédantes, 78.
Idiotie intellectuelle, définition, 717.
— — classification, 346.
— — causes, pendant l'acte de la génération, 717.
— — causes à la naissance, 718.
— — causes pendant la période comprise entre la naissance et la puberté, 719.
Idiotie intellectuelle, lésions anatomiques, anomalies craniennes, 719.
— agitante, 428.
— apathique, 430.
Idiotie terminale, 427.
— intellectuelle, psychoses intercurrentes, 728.
— — symptômes somatiques, 727.
— — défectuosités psychiques chez l'imbécile, 725, 726.
— — examen clinique des idiots, 723.
— — symptômes psychiques chez l'idiot, 724.
— — marche et pronostic, 728.
— — prophylaxie, 729.
— — thérapeutique, 729.
— — asiles d'idiots, 729.
— morale, 730.
— — définition, 730.
— — classification, 346.
— — signes cliniques, 731.
— — défauts intellectuels, 732.
— — passive apathique et active irritable, 734.
— — complications, 734.
— — diagnostic, 734.
— — pronostic, 735.
— — thérapeutique, 735.
Idiosyncrasies, 72.
Illusions, mode d'origine, 116, 135.
— physiologiques, physiques, psychiques, 135.
— émotives, 136.
Imbécillité originaire, 723.
Imagination, 20.
— anomalies, 87.
Imitation comme élément étiologique de l'aliénation, 203.
Impulsion motrice des fous furieux, 107.
Inanition, délire d'inanition, 41, 220.
Incubation, symptômes, 245.
— stade mélancolique, 246.
— traitement, 306.
Indifférence d'humeur morbide, 67.
Insomnie, traitement, 321.
Instinct, troubles, 97.
— génital, précocité anormale, retard anormal (V. *Paradoxie sexuelle*), 105.
— — anomalies, 99.
— — diminution et absence, 100.
— — pervers (*Paresthésie sexuelle*), 102.
— — accentuation 100. (V. aussi *Etats d'excitation sexuelle.*)
— de nutrition, anomalies, 97.
— — diminution, 98.
Intelligence, 20.
— troubles élémentaires, 116.
Intervalles lucides, 252.
Intestin, maladies comme causes des psychoses, 223.
— — pronostic, 273.
Inversion sexuelle, 104.
Iodoforme, 238.
Iracundia morbide, 71.
Irritabilité émotive anormale, 71.
Isolement des malades, 331.
Ivresse, 42.
— tare des descendants procréés pendant l'ébriété, 195.
Ivrognerie, ivrognes, 195, 273, 309.

L

Langage, troubles d'articulation, 123.
— d'écho, 122.
Lésions de la tête et aliénation, 205.
— — pronostic 273.
Libre arbitre, sa suppression, 115.
Localisations de l'écorce cérébrale, 12, 57.
Logorrhée, 123.
Lupuline, 327.
Lutte pour l'existence et aliénation, 172.

M

Maisons de santé. (V. *Asiles.*)
Maladie psychique, définition, 3.
— — place à part, 25.
— de la moelle épinière, 207.
— en foyer du cerveau, 204.
— du rein comme causes des psychoses, 224.
— de l'estomac, comme base des psychoses, 222.
— locales chroniques, comme causes des psychoses, 222.
— de cœur, causes des psychoses, 223.
— — pronostic, 273.
— constitutionnelles aiguës, comme causes des psychoses, 211.
— d'oreille, 206.
Malpropreté, 275, 326.
Manie dans l'enfance, 179.
— écriture des maniaques, 276.
— diagnostic différentiel avec l'idiotie agitante, 428.
— — avec la vésanie, 416.
— exaltation maniaque, 382.
— — symptômes psychiques, 382.
— — début et marche, 385.
— — anomalies des actes, 383.
— — symptômes somatiques, 384.
— — pronostic, 385.
— — thérapeutique, 385.
— furieuse. (V. *Folie furieuse.*)
Manie périodique, 494.
— prodromes, 494.
— durée et marche, 495.
— symptômes, 496.
— pronostic, 497.
— thérapeutique, 497.
Manie transitoire, 254.
— puerpérale, 232.
— suraiguë, 254.
— métaphysique, 79.
— de la souffrance, 73.
— sénile, 187.
Marche de l'aliénation mentale, 245, 284.
Mariage et aliénation, 177.
— consanguins, 196.
Masochisme, 103.
Masturbation comme cause des psychoses, 228.
— traitement 324.
Mécanisme psychique, entraves, 113.
Médico-légales (notes), 28, 269.
Mélancolie, 349.
— nature de la maladie, 349.
— symptômes psychiques, 350.
— — somatiques, 351.
— illusions des sens, 362.
— troubles psychomoteurs, 353.
— dysesthésie psychique, 350.
— troubles des conceptions (dans la forme, dans la nature), 351.
— hyperesthésie psychique, 351.
— conscience de l'entrave dans la mélancolie, 350.
— anesthésie psychique, 350.
— suicide des mélancoliques, 355, 359.
— marche et terminaisons, 376.
— pronostic, 377.
— thérapeutique, 377.
— simple avec idées délirantes et illusions des sens, 361.
— avec idées délirantes, 361.
— simple, 354.
— — avec angoisse précordiale, 359.
— — sans délire, 356.
— active, fuite des idées, 355.
— — diagnostic différentiel avec la vésanie, 417.
— raisonnante, 440.
— — thérapeutique, 441.
— périodique, 500.
— passive, 355.
— avec stupeur, attonita, 372.
— hydrophobique, 372.
— masturbatoire, 537.
— dans le trouble mental causé par les idées obsédantes, 546.
— active ou agitante, 363.
— syphilidophobique, 371.
— hypocondriaque, 371.
— démonomaniaque, 370.
— religieuse, 367.
— puerpérale, 233.
— sénile, 187.
— errabunda, 359.
Mémoire, 120.
— troubles, 84.
— faiblesse, 275.
— illusions, 86.
— fantasmes, 86.
Ménopause, 184.
— du sexe masculin, 186.
Menstruation et psychoses, 226.
— pronostic, 273.
— troubles chez les aliénées, 161.
Métrite chronique, 225.
Militaires, 189.
Misanthropie, 73.
Misopédie, 73.
Moi, moi multiplié (dédoublement de la personnalité), 118.
— idées délirantes représentant un nouveau moi, 118.
Morphine, emploi thérapeutique, 316.
— dans des hallucinations, 329.

Morphine comme moyen hypnotique, 321.
— contre-indications, 318.
Morphinisme, 643.
— symptômes d'abstinence, 645.
— symptômes d'intoxication, 644.
— traitement, 646.
Moria, 392.
Mortalité des aliénés, 263.
Mouvements réflexes, 23.
— — psychiques, 109.
— conceptions de, 12.
— motifs, 114.
— obsédants (impulsifs), 106.
— agitation chez les mélancoliques et les délirants, 110.
Mutation intraorganique chez les aliénés, 165.
Mutisme, 123.

N

Narcéine, 318.
Narcotiques dans la thérapeutique des psychoses, 315.
Nationalité et aliénation, 173.
Nerfs, affections, 207.
— lésions, 207.
— périphériques, affections, 207.
Névralgies, 147, 207.
— psychiques, 64.
Névroses, névropathies, 282.
— leur transmission par hérédité, 193.
— pronostic des neuro-psychoses, 275.
— constitutionnelles comme base de l'aliénation mentale, 209, 525.
Neurasthénie, 526.
— psychoses neurasthéniques, 535.
— folie transitoire, 536.
— mélancolie masturbatoire, 537.
— trouble mental par idées obsédantes, 540.
— paranoïa neurasthénique, 550.
Noix vomique, 326.
Notions préparatoires psychologiques, 19.
Notion de lieu, troubles, 118.
Nymphomanie, 70.
Nutrition chez les aliénés, 157, 165.

O

Obsession à questionner, 79.
Onanisme. (V. *Masturbation.*)
Opérations oculaires comme causes de délire, 203.
Opium, 315.
— emploi thérapeutique, 315.
Organes génitaux féminins, leurs maladies, causes des psychoses, 224.
Organes génitaux masculins, leurs maladies, causes des psychoses, 226.
Originaux (caractères bizarres), 39.
Othématome de l'oreille, 266.
Oxyde carbonique, 244.

P

Papavérine, 318.
Paradoxie sexuelle, 105.
Paragraphie, 124.
Paraldéhyde, 323.
— abus, 239.
Paralexie dans la paralysie, 676.
Paralgie, 71.
Paralysie agitante, 210.
— saturnine progressive, 241.
Paramimie, 150.
Paramnésie, 87.
Paranoïa, 444.
— stade du plein développement, 449.
— délire de suspicion, 458.
— marche totale, terminaisons, 451.
— délire des grandeurs, 451, 461.
— attitude des malades, 460.
— délire de préjudice (de persécution), 451, 459.
— illusions des sens, 451, 459.
— transformation du délire, 461.
— diagnostic, 462.
— diagnostic différentiel avec la vésanie, 417.
— étiologie, phénomènes fondamentaux, 446.
— particularités prémorbides, 447.
— anatomo-pathologie, 448.
— stade d'incubation, 448.
— causes accidentelles, 447.
— mode d'origine des idées délirantes, 445, 449.
— thérapeutique, 462.
— masturbatoire neurasthénique, 551.
— masturbatoire, 551.
— sexuelle, 467.
— reformatoria ou inventoria, 476.
— religieuse, 480.
— érotique, 484.
— originaire, 452.
— acquise (tardive), forme typique, 457.
— persécutoire, 457.
— hystérique, 594.
— hypocondriaque, 606.
— alcoolique, 637.
Paraphasie, 77, 123.
Paresthésie sexuelle, 102.
Pauvreté et aliénation, 171.
Perception sensorielle, 127.
— diminuée, 83.
— accentuée, 83.
— défectueuse, 137.
— générale, anesthésies, 141.
— — hyperesthésies, 141.
— — illusions et hallucinations, 134.
Perversion de l'instinct de nutrition, 99.
Perversion des sentiments, 72, 73.
Phrénalgie, 64.
Phrénolepsie érotématique, 78.
Physionomie dans les psychoses, 149.
Physiologie expérimentale et pathologie, 19.
Pica, 72.
— des chlorotiques, 89.
Piscidia erythrina, 319.
Pneumonie des aliénés, 264.
— psychoses dans la pneumonie, 218.
Poids du corps dans l'aliénation, 165, 135, 276, 284.
Poisons métalliques, 240.

Politique et aliénation, 173.
Polynévrites et psychoses, 218.
Polyphagie, 97.
Polyphrasie, 123.
Pouls, son état dans l'aliénation, 152, 164.
Praticiens et l'étude de la psychiatrie, 30.
Prison. (V. *Captivité.*)
Procréation dans l'ivresse, 195.
Prodromes de l'aliénation, 246.
— mélancolique, 247.
— traitement 306.
Profession comme cause, de maladie psychique, 188.
Pronostic de l'aliénation, aperçus généraux, 269.
— selon l'étiologie, 272.
— selon l'âge, 274.
— de la conservation de la vie des aliénés, 269.
— selon la marche, 271.
— de la possibilité de guérison, 270.
— — selon les symptômes psychiques isolés, 274.
— selon les symptômes somatiques isolés, 275.
— de l'hérédité, 277.
— de la récidive, 277.
Prophylaxie des psychoses, 302.
Prostituées, 188.
Pseudo-hallucinations, 86, 133, 135.
Psychalgie, 64.
Psychiatrie, son but, 3.
— importance scientifique et sociale, 30.
— historique, 45.
— point de vues dans son étude, 34.
— buts dans l'avenir, 57.
Psychonévroses, classification, 342.
Psychoses alcooliques, 234,
— — leur pronostic, 273.
— absinthiques, 235.
— combinées, 249.
— réflexes, 146.
— de la grossesse, 230.
— — pronostic, 273.
— de la syphilis, 221.
— — pronostic, 273.
— de la tuberculose, 221, 274.
— — mélancolie des tuberculeux, 221.
— par suite de maladies génitales, pronostic, 273.
— hystériques, 594.
Psychoses de contagion. (V. *Imitation.*)
— dans la variole, 216.
— dans le typhus, 213.
— dans la scarlatine, 216.
— dans les maladies chroniques constitutionnelles, 220.
— après le rhumatisme articulaire, 217.
— dues au choléra, 219.
— de la phtisie, 221.
— de la rougeole, 216.
— dans l'influenza, 219.
— dues à l'acide salicylique, 238.
— nicotiniques, 239.
Psychoses chloroformique, 239.
— dues au seigle ergoté, 238.
— mercurielles, 243.
— dues au maïs, 239.
Puberté et aliénation, 179.
Puerperium, psychoses puerpérales, 220.
— pronostic, 273.
— thérapeutique, 233.

Q

Quinine comme tonique, 325.

R

Raptus mélancolique, 359.
Récidive, pronostic, 277.
Refus de nourriture. (V. *Gavage.*)
Régénération des familles tarées, 198.
Religion et aliénation, 176.
Repos au lit, 325.
Représentations, 22.
— marche, 22.
— accélérées, 75.
— marche entravée, 75.
— difficulté de les transformer en actes de mouvement, 113.
— transformation en impulsions de mouvement facilitée, 114.
Respiration dans la folie, 164.
— traitement 320.
Rêves et aliénation, 41.
— états de rêve dans l'état de veille, 119.
— reproduction des images des rêves, 86, 134.
Rhumatisme articulaire aigu, 217.
Rocher, irritations inflammatoires, 206.

S

Saignées comme moyen thérapeutique, 312.
Saisons et aliénation, 174.
Saturnisme (psychoses dues au), 240.
Satyriasis, 100.
Scatophagie, 99.
Schéma pour l'examen mental, 292.
Sclérose multiple du cerveau, 204.
Secrétions, troubles comme causes de maladies, 159, 225.
Secrétion lacrymale, absence chez les mélancoliques, 159.
— de la salive, anomalies, 161.
Sensations, 19.
— de plaisir et de déplaisir, 20.
— notation anormale, 72.
— hallucinations, 141.
— cutanées, illusions et hallucinations, 141.
— musculaires, anomalies, 141.
Sentiments éthiques, 20.
— morbides, 63.
— de déplaisir, 64, 113.
— d'être malade, 118.
— de la pudeur, perte, signification pronostique, 275.

Sexe et aliénation, 174.
— féminin et aliénation, 174.
Sitophobie. (V. *Refus de nourriture.*)
Sommeil des aliénés, 166.
Somnambulisme, 119.
Souvenir, 118.
— illusions, 86.
— erreurs, 87.
Sphère intellectuelle inconsciente, 116, 117.
Statistique de l'aliénation, 168.
Strammonium, 318, 329.
Stupeur, 120, 275.
— épileptique, 516.
Stupidité ou démence primaire curable, 344, 400.
— par épuisement, 401.
— par choc psychique, 406.
— — mécanique, 408.
Suicide, 180, 194.
— chez les mélancoliques, 355, 359.
Sulfonal, 323.
Surdité-mutité, 123.
— de mots, 124.
— psychique, 14.
Surmenage intellectuel de la jeunesse, 189, 200.
Susceptibilité anormale des sentiments, 67.
Syphilis cérébrale, 699.
— — origine, 700.
— — lésions anatomiques, 699.
— — symptômes, 701.
— — évolution de la maladie, 700.
— — marche, 703.
— — diagnostic, 703.
— — terminaisons, 702.
— — guérisons, 703.
— — thérapeutique, 703.
Système nerveux central, fonctions, 11.

T

Tabac, abus, 238.
Tabes dorsalis, 207.
Tare héréditaire, 198.
Température. (V. *Chaleur spécifique.*)
Tétanie, 110.
Thérapeutique au début de l'aliénation, 305.
Thérapeutique dans la convalescence, 335.
— générale, 299.
— hypnotique, 333.
— psychique, 329.
— somatique, 311.
Toniques dans la thérapeutique des psychoses, 324.
Toucher, anomalies, 67.
Traitement par l'eau froide, 314, 325. (V. aussi *Bains, douches, hydrothérapie.*)
Transformation des névroses et des psychoses, 193.
Trauma et psychoses, 208.
Trional, 324.
Troubles élémentaires psychiques, 61, 63.
— d'élocution, 123.
— des fonctions motrices, 149.
— des notions de temps, 118.
— psychomoteurs, 107.
— de la sensibilité, 143.
— sympathiques, pronostic, 273.
— trophiques, signes de dégénérescence anatomique, 156.
— — consécutifs aux affections cérébrales, 156.
— vaso-moteurs, 152.
Tuberculose pulmonaire, 221, 264.

U V

Urémie, 244.
Urine, troubles de la sécrétion chez les aliénés, 159.
— anomalies dans la mélancolie, 159.
Utérus, anomalies et maladies, 177.
Veratrum viride, 324.
Verbigération, 124.
Vers, causes des psychoses, 178, 223.
Vésanie, définition, 411.
— mode d'origine, 412.
— causes, apparition, 412.
— stade d'incubation, 413.
— confusion, 414.
— état d'esprit et actes de réaction, 414.
— rémissions et exacerbations, 415.
— délire, 414.
— symptômes somatiques, 415.
— diagnostic différentiel, 416, 417.
— durée, 415.
— terminaisons, 416.
— guérison, 416.
— pronostic, 416.
— prophylaxie, 417.
— thérapeutique, 417.
— périodique, 502.
— secondaire, 424.
— typique (Kahlbaum), 249.
Vieillesse et aliénation, 186.
Vie guerrière, 190.
Viol, 202.
Viraginité, 104.
Volonté, 23.
Volonté, troubles, 112.
— — du libre arbitre, 115.
— augmentée sans borne, 114.
— affaiblie, 113.
Volupté morbide, 73.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

LIBRAIRIE A. MALOINE

Place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, Paris.

CHATELAIN (E.). — **Précis iconographique des maladies de la peau**, ouvrage accompagné de 50 *planches en couleurs*, reproduites d'après nature, par Félix Méheux, dessinateur des services de l'hôpital Saint-Louis, fort vol. gr. in-8°, cart., 2e édit., 1895 . . . . . 25 fr.

ITZEROTT et NIEMANN. — **Atlas microphotographique des bactéries.** Texte traduit par le Dr Samuel Bernheim. 1 vol. in-4°, 1895, relié. . . . . 20 fr.

TRUC et VALUDE. — **Nouveaux éléments d'ophtalmologie**, 2 vol. in-8°, avec fig. et planches, 1896. Prix des 2 volumes.. . . . . 20 fr.

VIGNES. — **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'ophtalmologie, in-8°, 1896, avec 213 fig. . . . . 8 fr.

PANSIER. — **Traité d'électrothérapie oculaire**, avec préface du Dr E. Valude, in-18, br. 1896. . . . . 6 fr.

MAURANS (Dr de). — **Compendium moderne de médecine pratique**, publié sous la direction du Dr Maurans, in-8° de 720 pages, 1894. . . . . 12 fr.

LUDOLFF. KREHL. — **Précis de pathologie générale.** Traduction Samuel Bernheim, in-8°, 1895. . . . . 6 fr.

HAGEN et TOISON. — **Manuel pratique de diagnostic et de propédeutique**, par Hagen, professeur à Leipsig, édition française profondément modifiée par le Dr J. Toison, professeur à Lille, in-8°, 1893, avec 18 fig. et 1 pl. . . . . 6 fr.

AMBLARD. — **Hygiène élémentaire publique et privée**, par le Dr Amblard, ouvrage précédé d'une introduction par le prof. E. Bertin-Sans, in-18, cart., 1891, avec fig. 6 fr.

GARNAULT. — **Physiologie, hygiène et thérapeutique de la voix**, parlée et chantée ; hygiène et maladies du chanteur et de l'orateur, avec 82 fig. dans le texte, in-12 cart., 1896. . . . . 5 fr.

VAUCAIRE. — **Formulaire de gynécologie.** Thérapeutique, traitement des maladies des femmes (formules des professeurs et médecins spécialistes), in-18, 1896, rel. souple. 4 fr.

NOGUÉ. — **Précis de posologie infantile**, in-18, rel. souple, 1895 . . . . . 3 fr. 50

BERNHEIM. — **Formulaire clinique.** Formules les plus usuelles recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15e édition, in-18, 1896, cart. . . . . 4 fr.

SURBLED. — **La vie à deux.** Hygiène du mariage, in-18, br., 1896 . . . . . 3 fr.

JOIRE (Dr Paul). — **Précis théorique et pratique de neuro-hypnologie**, études sur l'hypnotisme et les différents phénomènes nerveux, physiologiques et pathologiques qui s'y rattachent : physiologie, pathologie, thérapeutique, médecine légale, in-18, 1891. . . . . 4 fr.

LEVILLAIN. — **Essais de neurologie clinique neurasthénie de Beard et états neurasthéniformes**, in-12, 1896. . . . . 4 fr.

COURTADE. — **Manuel pratique de traitement des maladies de l'oreille**, par le docteur A. Courtade, ancien interne des Hôpitaux, membre de la Société d'otologie, in-12, 1894. . . . . 4 fr.

GILS (médecin-major). — **Le médecin militaire** : Recrutement, instruction, le médecin militaire dans l'armée et en dehors de l'armée, la vie du médecin militaire, in-18, 1896. . . . . 4 fr.

LAURENT. — **La médecine des âmes** (thérapeutique spirituelle) ; comment il faut choisir son médecin ; la médecine spirituelle ; la prière au point de vue thérapeutique ; élégant vol. in-32, 1894, rel. . . . . 2 fr. 50

LAURENT. — **Mariages consanguins et dégénérescence**, un vol. in-18, cart., 1895. 2 fr.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

PP - p. 526

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES
0052832511

SOLE PROPERTY
RC601 K852
Krafft-Ebing
Traité Clinique de Psychiatrie
PERSONAL RESERVE SHELF
SOLE PROPERTY